FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° Année 1904

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 Avril 1904

Par M. V. MAHAR

Né à Constantinople, le 25 Septembre 1873

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

TRAITEMENT DE L'APPENDICITE AIGUË

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges :
- M. DELENS, Professeur agrégé.
- M. WALTHER, Professeur agrégé.
- M. MAUCLAIRE, Professeur agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1904

A MES PARENTS

A la mémoire de Sa Béatitude Monseigneur

ETIENNE PIERRE X. AZARIAN

Patriarche des Arméniens catholiques

A mon cher Maître

Monsieur le Professeur agrégé Ch. WALTHER

Dont j'ai été l'interne pendant deux ans (1900-1902). En hommage de vive reconnaissance pour l'intérêt et la sympathie qu'il n'a cessé de me témoigner.

A Monsieur le Professeur agrégé H. VAQUEZ

En reconnaissance des soins dévoués qu'il a bien voulu me donner pendant une longue maladie.

A Monsieur le Professeur TILLAUX

Pour l'honneur qu'il me fait en présidant cette thèse et surtout pour la bienveillance dont il a fait preuve envers moi.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur agrégé A. BROCA
Hôpital Tenon (*Internat 1902-1903*)

Monsieur A. ROUTIER
Chirurgien de l'Hôpital Necker (*Internat 1903-1904*)

Monsieur le Professeur agrégé P. LAUNOIS
Hôpital Hérold (*Internat prov. 1899*)

Monsieur le Professeur agrégé P. SÉBILEAU
Hôpital Broussais (*Internat prov. 1899*)

Monsieur VARIOT
Médecin de l'Hôpital des Enfants-malades (*Internat prov. 1900*)

Monsieur le Professeur HUTINEL
Hospice des Enfants-assistés (*Externat 1898-99*)

Monsieur le Professeur DIEULAFOY
(*Stage*)

Monsieur le Professeur RAYMOND, Monsieur le Professeur agrégé MARION, Messieurs les Docteurs DEMOULIN, RICHE, MATHIEU, POLGUÈRE, A. PETIT, BARTH, de BEURMANN.

A LA MÉMOIRE DE MES MAITRES

GÉRARD-MARCHANT et FERRAND
(*Externat*)

TRAITEMENT DE L'APPENDICITE

INDICATIONS OPÉRATOIRES

AVANT-PROPOS

Pendant nos années d'internat, une affection, par sa fréquence, la diversité de sa physionomie clinique, les discussions auxquelles donnait lieu sa thérapeutique, nous a frappé surtout : c'est l'appendicite. De tous les problèmes que soulève cette affection si complexe dans son allure, celui qui a trait aux indications thérapeutiques de la crise aiguë, le plus controversé actuellement encore, nous a paru surtout passionnant, parce que le plus ardu.

Aussi nous a-t-il semblé intéressant de réunir dans ce travail les notions que l'enseignement journalier de nos Maîtres, et surtout de notre Maître WALTHER, nous avait permis d'acquérir sur ce sujet.

Pour éviter tout parti-pris, nous avons passé en revue la plupart des travaux importants consacrés à cette question dans ces dernières années, et enfin nous avons demandé directement leur opinion, à ceux des chirurgiens de France et de l'Etranger, qui, par leur expérience et leurs travaux, ont le plus contribué à éclaircir le problème.

Que nos Maîtres, MM. Walther, Broca et Routier, qui ont bien voulu mettre à notre disposition leurs nombreuses observations, que MM. les Professeurs Terrier, Sonnenburg (de Berlin), Robert-F. Weir (de New-York), W. Keen (de Philadelphie), Sprengel (de Brunswick), Mayo Robson (de Londres), Roux (de Lausanne), Ceccherelli (de Parme), Giordano (de Venise), A. Reverdin (de Genève), Jonnesco (de Bucarest), que le M. le médecin principal de 1re classe Billot; que MM. les professeurs agrégés Legueu, Marion, Gosset, que nos anciens collègues les Drs Pauchet (d'Amiens), Temoin (de Bourges), Mouchet, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris, Alglave, Prosecteur à la Faculté de Paris, que tous ceux qui ont bien voulu nous communiquer leur avis, leurs statistiques, ou leurs observations, veuillent bien recevoir l'hommage de notre vive reconnaissance.

ESQUISSE HISTORIQUE

Si c'est à Mélier que revient le mérite d'avoir le premier, en 1827, tracé la physionomie anatomique et clinique de l'appendicite, c'est sans contredit aux chirurgiens américains, et en particulier à Reginald Fitz, de Boston, que l'on doit d'avoir replacé la question sur le terrain où l'avait posée Mélier (1). Dans deux mémoires (2 et 3) parus en 1886 et en 1888, Fitz, après avoir rayé définitivement du cadre pathologique la doctrine de la typhlite d'Albers de Bonn, celle de la périty-phlite et des phlegmons iliaques de Dance, Ménière et Grisolle, établissait définitivement la doctrine de l'appendicite et concluait en faveur de l'intervention précoce et hâtive. Presque aussitôt, Weir, Bull, Mac Burney, Sand, à New-York; Keen, Price, Morton, à Philadelphie; Seen, Smith, à Chicago; Trèves, West, en Angleterre; Kraft, Roux, en Suisse; Sonnenburg, en Allemagne, confirmaient la doctrine de Fitz, et d'emblée, l'appendicite passait dans le cadre de la chirurgie.

Enhardis par l'innocuité des laparotomies, les chirurgiens américains, à la suite de Weir, Bull, Seen et d'autres encore, adoptèrent d'emblée l'opération immédiate.

Dès 1888, Seen (de Chicago), Trèves (4), puis Kummel (de Hambourg) montraient l'avantage d'opérer à froid après une première crise, dans un but prophylactique. Un an plus tard,

(1) Talamon. Appendicite et Périthyphlite. Paris, 1892.
(2) R. Fitz. *Americ. Jour. of med. Sc.*, oct. 1886.
(3) R. Fitz. *Boston med. and surg. J.*, mai 1888.
(4) Disc. à la Soc. Roy. de Med. et de Ch. de Londres, 1888.

Parker (1) conseillait d'ouvrir un foyer de périty phlite par l'incision adoptée pour la ligature de l'iliaque externe.

En France, c'est à Roux (de Lausanne) que l'on doit d'avoir attiré l'attention des chirurgiens sur cette affection encore ignorée (2). Au Congrès Français de Chirurgie de 1889, il dénonçait les dangers du traitement tardif, montrait la nécessité d'intervenir aussitôt qu'on avait constaté l'existence d'une tuméfaction; rejetait l'incision en deux temps de Sonnenburg et proposait la laparotomie latérale qui porte son nom.

L'enthousiasme des chirurgiens fut moins grand en France qu'en Amérique et jusqu'en 1892 « le sentiment, en ce qui concerne les appendicites aiguës, semblait être d'apporter une grande réserve dans l'intervention chirurgicale ; d'instituer le traitement médical, et n'opérer qu'en cas de péritonite diffuse ou en cas de foyers de suppuration; limiter son intervention à une ouverture d'abcès sans recherche de l'appendice » (Quénu) (3).

L'opinion des médecins était plus indécise encore en ce qui concerne les appendicites à rechute et la grande majorité des chirurgiens considéraient « qu'une simple et première crise ne suffit pas pour légitimer l'ouverture du ventre et l'excision du processus malade ; plusieurs crises, même si elles sont sans gravité, ne forcent pas à l'intervention » (Reclus) (4).

En 1892, au cours de la discussion sur l'appendicite, qui eut lieu à la Société de chirurgie, Quénu, ayant rassemblé 42 observations d'appendicectomies à froid, toutes guéries, montrait les avantages de l'opération prophylactique après la crise dans les appendicites à rechutes. Il était appuyé par Terrier, qui, se basant sur ses observations personnelles, déclarait textuellement : « Contrairement à l'opinion de médecins

(1) Disc. à la Soc. Roy. de méd. et de Ch. de Londres, juin 1889.
(2) Ricard. Rev. génér. in *Gaz. des Hôp.* Paris, 1891.
(3) Quénu. *Bull. de la Société de chir.* Paris, 1892.
(4) Reclus. Disc. à la Société de chirurgie de Paris, 1892.

distingués, contrairement à l'opinion d'un petit nombre de membres de la Société, je considère l'appendicite comme une maladie qui est du ressort de la chirurgie et contre laquelle l'intervention est indiquée dans la majorité des cas, alors que les phénomènes graves péritonitiques sont calmés, par conséquent dans l'intervalle des crises dans les appendicites à répétition, après la crise péritonitique dans les crises subaiguës. »

Cette même année, Roux, au Congrès Français de Chirurgie, déclarait qu'il considérait comme malsaine la pratique qui consisterait, au milieu d'un accès aigu, à attendre l'évolution spontanée pour tâcher d'opérer à froid, sous prétexte d'éviter la hernie.

Reclus adoptait les idées de Roux et enseignait que l'existence d'une tumeur dans le flanc était l'indice de suppuration et qu'il fallait intervenir dans ces cas. Tout en admettant, avec Fraenkel, Guttmann, Furbringer, Leyden, Peter, que le pus pouvait se résorber spontanément, il conseillait l'intervention.

Poncet et Jaboulay (1) conseillaient l'intervention aussi rapide que possible et dans tous les cas ; (comme les chirurgiens américains), ils recommandaient d'extraire l'appendice, contrairement à l'opinion de Jalaguier et de Lucas-Championnière, qui incisaient simplement en cas de suppuration et ne s'occupaient pas de l'appendice.

Les idées interventionnistes gagnaient du terrain, mais lentement, et jusqu'en 1896 malgré les travaux de Lennander (d'Upsal, 1893) les communications de J.-B. Murphy, Rosemberg (de Wurzburg), Sonnenburg, au Congrès de Rome de 1894 et les innombrables publications américaines et anglaises, on hésitait à intervenir dans les crises aiguës sans tuméfaction, on discutait l'intervention dans les cas aigus

(1) *Revue de chirurgie*, 1892, p. 947.

avec tumeur, les temporisateurs attendant la fluctuation ou presque, les interventionnistes attendant la tuméfaction même.

Pendant ce temps les chirurgiens américains ne se laissaient nullement influencer par les idées de temporisation. De 1896 à 1898, revenant sur cette question, James Kennedy (1), Beck (2), Parker Syms (3) montraient les dangers de l'expectative et établissaient la formule : « mieux vaut trop tôt que trop tard. »

Le 10 mars 1896, Dieulafoy proclamait, à la tribune de l'Académie, la supériorité du traitement chirurgical, puis, revenant sans cesse sur cette question les années suivantes, dans ses leçons et dans diverses publications il stigmatisait la temporisation, conseillait l'intervention immédiate et prononçait les aphorismes bien connus.

La grande autorité, la conviction ardente de Dieulafoy gagnèrent la plupart des chirurgiens à la cause de l'intervention hâtive.

En 1897, au Congrès de Moscou, Sonnenburg démontrait définitivement la nécessité d'opérer après une première crise, sans attendre les crises suivantes, ainsi que le voulaient Kummel et de nombreux chirurgiens. Ce même auteur, dans la 3e édition de sa monographie (4), établissait la distinction entre l'appendicite simple et les formes gangréneuse et perforante de l'affection; conseillant l'intervention immédiate dans ces derniers cas.

Cependant, on ne pratiquait que peu en France l'opération systématique dans les deux premiers jours, et Roux, au congrès de Moscou de 1897, ne croyait pas, contrairement aux Américains, qu'on puisse opérer assez tôt pour arrêter la maladie dès les premières heures.

(1) James Kennedy. *N. Y. Med. Jour.*, 1896.
(2) Beck. *N. Y. Méd. Jour.*, 1898.
(3) Parker Syms. *N. Y. Med. Jour.*, 1897.
(4) Sonnenburg. Pathologie und Therap. des Perityphlitis. Berlin, 1897.

En 1899, à l'Académie de médecine, Dieulafoy, affirmant de nouveau la faillite du traitement médical, posait en principe comme délai d'opération, 24 heures pour les crises graves, 36 heures pour les crises bénignes. Le Dentu, abondant dans son sens, estimait que l'intervention dans les 24 heures s'imposait. A cette même séance, Tillaux s'élevait au nom des chirurgiens contre l'absolutisme de ces formules et faisait des réserves ; mais la plupart des chirurgiens, avec Routier, Poirier, Tuffier, Segond, Chaput, Hartmann, Legueu, s'étaient rangés à l'avis de Dieulafoy et, en 1899, à la Société de chirurgie, Poirier, résumant la discussion qui avait eu lieu sur l'appendicite et qui portait surtout sur les appendicites sans tuméfaction localisée ou avant l'apparition de cette tuméfaction, reconnaissait que la majorité des membres de cette Société était en faveur de l'intervention immédiate. La même année, Legueu (1), dans une étude sur le traitement de l'appendicite, concluait en faveur de l'intervention immédiate, dans les appendicites aiguës sans tuméfaction, sans péritonite. Mais déjà à ce moment une réaction sérieuse se dessinait, contre ce radicalisme croissant, réaction légitimée par les revers subits par l'intervention à outrance, et la constatation qu'un très grand nombre d'appendicites, traitées médicalement, pouvaient guérir. Avec Brun, Jalaguier, Walther, Broca, Delbet, Schwartz, Reynier, d'autres encore, la temporisation, dégagée du caractère outrancier qu'elle avait eu précédemment, se modifiait pour aboutir à l'opportunisme et à l'intervention raisonnée.

Roux lui-même, au Congrès Français de Chirurgie de 1899, revenant sur ses idées radicales antérieures, s'élevait contre les formules de Dieulafoy, montrait le danger d'opérer à chaud et conseillait d'attendre, pour opérer, la terminaison des phénomènes de réaction péritonéale.

(1) Legueu. Traitement de l'appendicite. Paris, 1899.

En 1900, « tous les chirurgiens sont d'accord à la fois sur l'opportunité et les indications du traitement chirurgical, sur l'inutilité *complète* du traitement médical dans les cas suivants :

1° *Appendicite à froid*, avec rechutes, après plus ou moins de crises aiguës, subaiguës ou toujours chroniques : il faut pratiquer la résection de l'appendice.

2° *Abcès péri-appendiculaires :* incision immédiate de l'abcès par la voie la plus directe.

3° *Péritonite généralisée, septique ou suppurée :* laparotomie immédiate qui, selon les cas, sera médiane, latérale ou bilatérale, avec ou sans lavage de la séreuse » (Broca) (1).

Il y a désaccord sur deux points :

1° *Sur la recherche et l'extirpation systématiques de l'appendice après incision d'un abcès.*

2° *Sur le moment où il convient d'opérer un malade atteint d'une crise aiguë n'ayant pas encore abouti à l'abcès collecté, cliniquement appréciable* (Broca).

A ce propos les chirurgiens sont divisés en deux camps :

Les uns, avec Dieulafoy, opèrent sitôt le diagnostic posé.

Les autres, opportunistes, attendent la fin de la crise aiguë pour opérer *à froid;* et n'opèrent *à chaud* que lorsqu'il y a indication formelle.

Au Congrès international de Paris en 1900, Roux et Jalaguier précisaient les indications thérapeutiques de l'appendicite aiguë, et montraient les brillants résultats de l'*intervention raisonnée.*

Peu à peu cette doctrine ralliait la majorité des chirurgiens français, et s'étendait en Allemagne, où elle était adoptée par Sonnenburg et un grand nombre de chirurgiens, en Angleterre et même en Amérique, où elle était surtout défendue par Ochsner, de telle sorte qu'en 1902, à la discussion du

(1) Broca. L'Appendicite. Paris, 1900.

Congrès américain de Chicago, au Congrès de Bruxelles, et à la discussion de la Société de chirurgie de Paris, les opportunistes prenaient nettement l'avantage sur les radicaux.

Toutes ces discussions, les nombreuses publications et les travaux de toutes sortes qui naquirent dans la suite, s'ils n'ont pas mis l'accord définitif entre tous les chirurgiens, ont montré néanmoins le danger des formules de traitement absolues et outrancières. Ils ont contribué largement à la connaissance plus précise des modalités anatomiques et cliniques de l'appendicite, facilitant par là même l'étude de son traitement logique et raisonné.

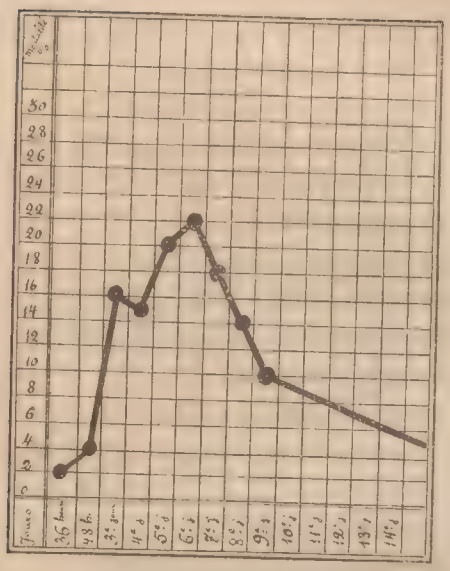
Tous ces travaux enfin établissent définitivement que l'appendicite sous toutes ses formes est une maladie chirurgicale, et que, comme le disait W. Keen : « la première indication dans l'appendicite, c'est d'appeler le chirurgien ».

DIVISION

Ce court aperçu historique nous a montré que les discussions ont surtout porté et portent encore sur le moment favorable pour intervenir chirurgicalement au cours d'une crise d'appendicite aiguë.

Sans vouloir essayer de trancher le différend, il nous a semblé qu'on pourrait tirer parti des documents accumulés, surtout dans ces 4 dernières années, et rechercher le coefficient de mortalité qui correspond à l'heure ou au jour de la crise où a été faite l'opération. C'est ce que nous avons fait, en nous basant sur l'analyse de près de 450 cas d'appendicite aiguë opérés de la 2e à la 48e heure de la crise et de plus de 2.000 cas opérés à des moments variables de la crise aiguë.

Contrairement à quelques auteurs, qui ont trouvé le maximum de mortalité après opérations faites les 4e et 5e jours, nous trouvons le coefficient le plus élevé les 5e et 6e jours. Nous avons cependant tenu compte à la fois du taux de léthalité, résultant d'un nombre déterminé d'opérations pratiquées à un moment donné de la crise aiguë, et sur un nombre déterminé de décès, du rapport de ces décès avec le moment de l'opération. En procédant de la sorte, malgré les résultats opératoires très variables d'un chirurgien à l'autre, nous avons obtenu une série de coefficients que, pour faciliter la lecture, nous représentons par le graphique ci-après.



Ces chiffres n'ont pas une valeur absolue, c'est évident, et, comme toutes les statistiques, ne constituent pas une preuve mathématique. Néanmoins ce graphique nous indique clairement que les opérations faites le 1er et le 2e jour de la maladie d'une part, et celles faites après le 9e jour, sont suivies d'une mortalité peu élevée, alors que les opérations faites pendant la période intercalaire sont au contraire suivies d'une mortalité très élevée. C'est là un fait brutal, indéniable, que l'on peut expliquer facilement ; mais peu importe. Ce qui nous intéresse c'est de savoir que, *au cours d'une crise d'appendicite aiguë, il est deux périodes d'opérabilité avantageuses :*

1° *Une période d'opérabilité précoce ;*

2° *Une période d'opérabilité tardive ou à froid.*

I. — L'OPÉRATION PRÉCOCE.

Nous comprenons, sous le nom d'opération précoce, celle pratiquée les deux premiers jours de la crise d'appendicite, c'est-à-dire au plus tard à la 48e heure du début des accidents.

A la faveur de 80 observations détaillées provenant de chirurgiens différents et qu'on trouvera reproduites ci-après (1), et de plus de 350 observations d'appendicites aiguës opérées dans les 48 heures provenant : 1° de statistiques qui nous ont été communiquées directement et que nous n'avons pas pu reproduire in extenso par crainte d'allonger considérablement ce chapitre; 2° de publications antérieures que nous avons relevées au cours de nos recherches bibliographiques; nous allons étudier certains points de l'histoire anatomo-pathologique et clinique de l'appendicite dans les 48 premières heures, pour en déduire les avantages et les inconvénients de l'opération précoce.

I. — ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

Nous n'entreprendrons pas la description didactique des lésions macroscopiques et microscopiques en elles-mêmes. Leur étude est très complètement faite dans la plupart des ouvrages classiques.

Nous aurons surtout en vue la fréquence et le moment d'apparition des lésions graves de l'appendice et de celles des

(1) Voir pages 41 et suivantes.

organes voisins qui peuvent donner lieu à des indications particulières.

1° **Perforation de l'appendice.** — C'est un accident fréquent. Talamon fixe sa fréquence à 10 0/0 des cas d'appendicite aiguë. D'autres auteurs à 20 et 25 0/0. Nous rencontrons cet accident 18 fois sur 80 observations, ce qui fait un peu plus de 22 0/0. Dans les nombreuses observations que nous avons analysées et dans diverses statistiques, nous trouvons à peu près 18.5 0/0, soit une moyenne de près de 20 0/0 des cas d'appendicite aiguë.

La perforation se produit rarement avant la 24e heure.

On a signalé quelques cas très précoces. G. Barling (1), dans deux cas opérés à la 15e et à la 18e heure, trouve les appendices largement perforés. Quénu (2) cite un cas de perforation découvert à l'opération, faite 22 heures après le début des accidents.

Dans nos observations, nous ne trouvons qu'un seul cas à la 19e heure (obs. 13) et deux à la 24e heure (obs. 23 et 24).

La perforation est surtout fréquente entre 24 à 48 heures; 15 cas sur environ 50 observations (3). Elle coïncide le plus souvent avec la gangrène plus ou moins étendue de l'appendice dont elle est l'aboutissant.

Elle est 4 fois plus fréquente dans l'enfance et l'adolescence que dans l'âge adulte. Deaver trouve dans sa statistique 15 0/0 de perforations chez l'adulte et près de 80 0/0 chez l'enfant.

La perforation est plus rare après le 2e jour.

Ces résultats concordent parfaitement avec ceux qu'obtint

(1) G. Barling. *British méd. Jour.* 1903.
(2) Quénu. *Bullet. de la Sté de chirurgie.* mars 1899.
(3) Voir obs.: 26, 33 *bis*, 34, 36, 38, 42, 43, 43 *ter*, 48 *bis*, 54, 61, 62, 63, 66, 68.

Allard (1) de l'examen de 30 cas d'appendicite opérés dans le service du professeur Poncet.

2° **Gangrène.** — Sa fréquence paraît supérieure à celle de la perforation, 25 cas sur 80 observations (2), soit 30 0/0 environ. Dans les autres statistiques, nous trouvons à peu près ce chiffre.

La nécrose de l'appendice est de moitié environ plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Deaver trouve une proportion de 27 0/0 chez l'adulte et plus de 75 0/0 chez l'enfant. Elle peut se limiter à la muqueuse seule (7 fois sur 23 cas). Le plus souvent les trois tuniques de l'appendice sont mortifiées, ce qui prédispose singulièrement à la perforation. La gangrène totale est peu fréquente. Ordinairement on trouve une ou plusieurs plaques de sphacèle, verdâtres ou noirâtres, occupant le voisinage de l'extrémité libre, ou une coudure anormale de l'organe; ces plaques sont fréquemment en rapport avec un calcul stercoral.

La gangrène de la muqueuse seule est très précoce et peut se rencontrer dès les toutes premières heures (obs. 1, 1 *bis*, 1 *ter*, 8 *bis*).

La gangrène étendue aux trois tuniques est rare dans les premières 24 heures (obs. 13, 14, 19 *bis*). Elle est surtout fréquente de 24 à 48 heures. Puis sa fréquence semble diminuer.

3° **Adhérences de l'appendice aux organes voisins.** — Elles sont exceptionnelles le premier jour. A cette période, même dans les cas où il y a eu plusieurs crises antérieures, on trouve l'appendice ordinairement libre. Si même il y avait des adhérences soit avec le cœcum (obs. 17), soit avec la

(1) Th. de Lyon, 1899.
(2) Obs. 1, 1 *bis*, 1 *ter*, 8 *bis*, 13, 14, 19 *bis*, 22, 26, 32, 34, 35 *bis*, 37, 40, 41, 43, 43 *ter*, 48, 48 *bis*, 49, 50, 52, 61, 67, 68.

paroi (obs. 8, 11, 19 *bis*), soit avec un organe pelvien (obs. 1 *bis*), soit avec l'épiploon (obs. 24), on peut en libérer facilement l'appendice et le reséquer.

De la 24e à la 36e heure, l'appendice est encore libre dans la moitié des cas, et les adhérences, si elles existaient, sont faciles à rompre.

De la 36e à la 48e heure, l'appendice n'est plus libre que dans moins du 1/3 des cas. Tantôt plaqué contre la paroi ou les anses intestinales voisines par des fausses membranes plus ou moins épaisses, tantôt englobé par l'épiploon épaissi et induré à son niveau, la libération de l'appendice peut être difficultueuse.

4° Lésions de voisinage. Exsudats. — Même dans les opérations très précoces, on découvre des lésions réactionnelles du péritoine.

Elles se traduisent dans les premières heures par une rougeur vive de la séreuse de l'appendice et des anses voisines et par un exsudat séreux ou séro-fibrineux localisé.

Rarement on trouve du pus avant la 24e heure. Deaver (1) signale un cas de péritonite purulente généralisée à la 24e heure. Notre maître Routier a trouvé du pus véritable dès la 18e heure (obs. 13). C'est dans l'enfance surtout qu'on trouve des péritonites généralisées, purulentes, à une période aussi précoce ; mais ce sont des exceptions, et au cours d'opérations faites le premier jour, ce qu'on trouve communément, c'est une quantité variable de liquide, couleur de bouillon sale, ou brunâtre, ou hématique, fétide ou non. Fait particulier, ce liquide semble amassé au voisinage de l'appendice et fait issue dès qu'on incise. Parfois en soulevant le cæcum, on fait sourdre une nouvelle quantité de ce liquide, parfois un peu plus purulent que le premier. On peut en trouver encore

(1) Deaver. *J. A. M. A.* Chicago, 1902.

un peu, dans le petit bassin; mais, en somme, il n'a pas tendance à se déplacer librement comme du liquide d'ascite. Malgré l'absence d'adhérences, la présence de ce liquide n'indique pas forcément la gravité du cas.

L'exsudation péritonéale peut se traduire par des fausses membranes blanches ou jaunâtres et ce, de façon très précoce (obs. 1 *bis*, 2) sans que ce fait ait une signification précise (l'obs. 1 *bis* se rapportant à un cas de septicémie et au contraire l'obs. 2 à une crise des plus bénignes).

De la 24e à la 36e heure, les lésions péritonéales sont plus étendues, le liquide plus abondant est encore libre, on peut observer des péritonites généralisées séropurulentes ou purulentes.

Les abcès localisés sont rares (obs. 38).

L'épiploon est rouge, épaissi, infiltré et souvent adhérent à l'appendice (obs. 27, 28, 33, 33 *bis*, 40).

Les fausses membranes, plus abondantes, adhèrent plus fortement.

De la 36e à la 48e heure, dans la majorité des cas, le liquide prend les caractères du pus véritable. Il a souvent une odeur infecte, gangréneuse. Assez souvent les caractères du liquide varient d'un point à l'autre; il peut être franchement purulent au niveau de l'appendice et séro-purulent ou hémorragique dans le petit bassin ou en dehors de la zone enflammée. Rarement il est limité par des adhérences solides. La péritonite, si elle existe, paraît diffuse.

Les fausses membranes sont abondantes, verdâtres ou couleur de feuilles mortes. Elles s'agglomèrent autour du foyer de l'inflammation, cimentent entre eux les anses intestinales, l'épiploon, le péritoine pariétal, enkystant les lésions.

L'épiploon, dans plus de la moitié des cas, est au voisinage de l'appendice, soit qu'il lui adhère ou le coiffe, soit qu'il l'englobe entièrement. Il est très infiltré à ce niveau, souvent

abcédé, et adhérant à la paroi et aux anses intestinales forme un magma qui est la tumeur de défense.

Déductions.

De cette courte revue anatomo-pathologique nous pouvons déduire que :

1° L'opération précoce sera facile.— En effet si l'on veut faire la synthèse des lésions rencontrées dans les deux premiers jours, on remarque que :

a) *Dans les premières 24 heures*, malgré des lésions parfois très graves de sa muqueuse (obs. 1, 1 *bis*, 8 *bis*, par exemple) l'appendice est libre, en érection, dur, volumineux, de sorte que le doigt explorateur le sentira aisément.

Les adhérences, si elles existaient, ne gêneront en rien l'opérateur.

Les lésions de voisinage, à part un peu de liquide séro-fibrineux, ou très rarement purulent, se bornent à un peu de rougeur des anses voisines et de l'épiploon.

Les lésions graves, comme la gangrène complète, en plaques ou totale, la perforation, la péritonite purulente, sont rares.

b) *De 24 à 36 heures.* L'appendice peut être encore considéré comme libre, et facile à réséquer dans presque tous les cas.

La gangrène, la perforation sont plus fréquentes, mais elles viennent à peine de se produire.

Le travail de défense représenté par la production de fausses membranes enkystant le foyer, et par le rapprochement et l'adhérence de l'épiploon, se dessine bien ; mais il n'est guère assez avancé pour qu'on ait à le respecter.

c) *De 36 à 48 heures*, dans la moitié environ des cas, la

période d'état ou mieux de défense locale s'établit, l'inflammation tend à se cantonner, à se limiter. Dans ces cas, le chirurgien pourra contrarier cette évolution favorable, et, partant, rencontrer des difficultés dans l'acte opératoire. Mais, dans la moitié des cas aussi, nous voyons l'appendice libre, ou presque, et des lésions péritonéales généralisées ou très étendues sans tendance à la limitation.

On peut donc dire que, jusqu'à la 36e heure, l'appendice peut être senti très facilement et reséqué sans difficulté aucune.

Il en résulte que la durée de l'opération peut être réduite au strict *minimum* et partant la durée de l'anesthésie.

Vu la facilité de la découverte de l'appendice, et l'absence fréquente de pus, on peut, dans la plupart des cas, pratiquer l'incision de Jalaguier, incision qui conduit le plus directement sur l'appendice (Ceccherelli) et qui expose le moins à l'éventration ultérieure, même si un tube de drainage de sûreté est laissé 24 ou 48 heures dans les cas douteux. Notre Maître Routier, qui emploie cette voie d'accès dans tous les cas (même avec suppuration) depuis 1895 (obs. 6, 22, etc.), deux ans avant les descriptions simultanées de Jalaguier et de Kammerer (1897), nous dit n'avoir pas observé plus d'éventrations que par toute autre méthode.

2° *L'opération sera radicale.*— Dans les 80 observations que nous reproduisons, sauf dans deux cas (obs. 6 et 50), l'appendice a toujours été extrait.

Dans *toutes* nos autres statistiques et observations, l'ablation a été faite; ainsi se trouve réalisé « le but primordial de la cure chirurgicale de l'appendicite qui est la résection de l'appendice » (Ceccherelli).

3° *Par l'opération précoce on pourra enrayer un pre-*

mier degré de péritonite diffuse. — Quénu (1), Mignon (2), Picqué (3) et la plupart des chirurgiens ont rapporté des observations de péritonites diffuses, purulentes, guéries par l'opération précoce.

Témoin (de Bourges), dans un cas opéré à la 32e heure, découvrit une péritonite généralisée, l'appendice gangréné et perforé — la guérison fut rapide.

Le Professeur Sprengel (de Brunswick) nous communique 7 cas de péritonite diffuse opérés dans les 2 jours et tous guéris.

On s'en rendra compte aisément en parcourant nos observations (4), dont tous les malades ont guéri.

4° Par l'opération précoce, on pourra prévenir la perforation ou la gangrène. — Nous avons vu en effet que ces accidents sont rares, le premier jour.

Même s'ils existent, on pourra prévenir leurs conséquences. En admettant même, avec le professeur Sonnenburg (Congrès de Bruxelles, 1902) qu'à la perforation corresponde ordinairement une péritonite localisée, mieux vaut ne pas l'attendre.

II. — ÉTUDE CLINIQUE

La séméiologie de la crise d'appendicite est étudiée très complètement dans la plupart des ouvrages classiques; nous n'y reviendrons pas. Nous nous contenterons de tirer de l'analyse des nombreuses observations que nous ont communiquées nos Maîtres et les chirurgiens éminents auxquels nous nous sommes adressés, les notions pouvant intéresser le chirurgien.

(1) Quenu. *Bull. de la Société de chirurgie*, 1899.
(2) Mignon. *Bull. de la Société de chirurgie*, 1903.
(3) Picqué. *Bull. de la Société de chirurgie*, 1903.
(4) Voy. obs. 14, 32, 33 *bis*, 36, 37. 43, 43 *ter*, 45, 47, 52, 57, 61, 68.

Tout d'abord, nous voyons que, sur 80 cas, dont les observations sont rapportées ci-après, 37 correspondent à des crises cliniquement sérieuses ou graves; sur ces 37 cas, 26 présentaient à l'opération des lésions graves, comme gangrène, perforation, péritonite diffuse, etc. (1), et 11, malgré un tableau symptomatique inquiétant, ne présentaient que des lésions modérées (2).

Par contre, sur les 43 cas cliniquement moins sérieux, 8 présentaient à l'opération des lésions graves (3).

Ainsi, dans près d'un quart des cas, le parallélisme entre les symptômes et les lésions fait défaut.

En analysant les 34 observations d'appendicite avec lésions graves, un fait frappe, qui confirme d'ailleurs l'opinion généralement admise, c'est l'importance de l'âge. C'est ainsi que nous trouvons 18 cas de 5 à 20 ans, 11 cas de 21 à 30 ans et 5 cas de 32 à 48 ans.

Le nombre des crises antérieures ne nous paraît pas influer considérablement sur la gravité.

Parmi les symptômes de gravité nous trouvons :

La Température au-dessus de 39° dans 11 cas (dont 7 de 10 à 20 ans et 4 de 20 à 25 ans).

Le Pouls rapide à 120 et au-dessus dans 19 cas (dont 14 de 5 à 18 ans, 1 à 20 ans, 4 de 21 à 25 ans).

Le Pouls faible, misérable, intermittent (4) dans 12 cas (dont 8 au-dessous de 20 ans et 4 de 21 à 24 ans.)

Le *Parallélisme entre la température et le pouls* se maintient dans 15 cas (dont 5 au-dessous de 20 ans et 10 de 24 à 40 ans).

La *Dissociation du pouls et de la température.* Dans 12

(1) Voy. obs, 1, 1 *bis*, 1 *ter*, 8 *bis*, 13, 14, 19 *bis* 22, 26, 32, 33 *bis*, 34, 35 *bis*, 36, 37, 43, 43 *bis*, 43 *ter*, 47, 48, 48 *bis*, 50, 54, 68, 70, 71.
(2) Voy. obs. 12, 16, 20, 23, 31, 33, 35, 38, 44, 57, 59.
(3) Voy. obs. 40, 41, 42, 49, 52, 61, 63, 67.
(4) Voy. obs. 1 *bis*, 8 *bis*, 32, 34, 35 *bis*, 36, 43 *bis*, 43 *ter*, 47, 48 *bis*, 50.

cas (1) (dont 10 au-dessous de 20 ans, et 2, de 21 à 24 ans).

L'*Altération rapide du facies* dans 20 cas (dont 13 au-dessous de 20 ans et 7 de 21 à 48 ans).

Les *Douleurs*. Dans 16 cas, elles sont médiocres, dans 8 cas vives et dans 10 cas excessives, intolérables ou généralisées (2).

Les *Vomisssements*. Dans 13 cas, ils sont fréquents, répétés, bilieux, noirâtres (obs. 1). Dans les autres cas, il y a quelques vomissements rares, ou un état nauséeux, ou même pas de vomissements du tout.

L'*Arrêt des gaz* dans près de la moitié des cas, coïncidant dans 6 cas avec du météorisme intense.

Autres symptômes. Nous notons des frissons (obs. 25), la dysurie (obs. 43), l'anxiété respiratoire (obs. 48 *bis*), l'agitation (obs. 14), le refroidissement des extrémités (43 *bis*), etc., etc.

Gravité excessive de l'allure générale dans 22 cas (dont 14 de 5 à 20 ans et 8 de 21 à 48 ans).

De ce relevé on peut donc déduire que, sur 45 cas d'appendicites graves, 22 fois, soit dans la moitié des cas seulement, l'allure clinique était en parallélisme complet avec les lésions et ce surtout chez des jeunes sujets. 15 fois la crise était insidieuse et ne révélait la gravité de l'état que par un ou un petit nombre de symptômes alarmants. 8 fois enfin le tableau symptomatique était, nous l'avons déjà vu, peu inquiétant. Il est à remarquer que ces 8 malades étaient âgés de 22 à 48 ans.

Déductions

Si, dans un grand nombre de cas, un symptôme ou un groupe de symptômes permettent au clinicien de reconnaî-

(1) Voy. obs. 1, 8 *bis*, 26, 33 *bis*, 34, 35 *bis*, 43, 43 *bis*, 47, 50, 54, 70.
(2) Voy. obs. 1 *bis*, 19 *bis*, 26, 32, 33 *bis*, 42, 47, 48, 52, 71.

tre la gravité des lésions, il n'en est malheureusement pas ainsi dans *tous* les cas. Des crises moyennement graves d'aspect peuvent correspondre à des lésions très graves et, au contraire, des lésions même minimes peuvent donner lieu à un tableau clinique particulièrement alarmant.

De cette incertitude, il résulte naturellement qu'il vaut mieux opérer le plus tôt possible.

Cela est surtout vrai pour les malades jeunes, qui résistent moins à la toxi-infection appendiculaire et chez lesquels très rapidement, dans l'espace de quelques heures parfois, on voit les symptômes de diffusion péritonéale et de septicémie apparaître. Ce sont là, d'ailleurs, tous faits connus.

III. — TAUX ET CAUSES DE LA MORTALITÉ DANS LES OPÉRATIONS PRÉCOCES

Si l'on parcourt nos observations, on remarquera que sur 80 cas on ne note que 4 décès (obs. 1 *bis*, 43 *ter*, 47, 67) dont aucun ne peut être attribué à l'acte opératoire.

Dans l'observation 1 *bis* il s'agit d'un cas de septicémie d'emblée à dénouement fatal, bien que le malade ait été opéré à la 6e heure.

Ce fait n'a rien de surprenant, nous avons observé des cas, et notre collègue Detot nous en a fourni un autre dernièrement du service de M. le Professeur Poirier, où, 12 à 18 heures après le début de l'attaque, on constatait déjà la présence de microbes dans le sang.

D'ailleurs, ci-après nous reproduisons une observation de M. le Médecin principal Billot, celui même qui opéra le n° 1 *bis* qui a trait à un cas analogue, terminé par la mort, sans opération :

X.., 22 ans, soldat.

Bonne santé antérieure, sauf une gastrite avec vomissements et crises douloureuses il y a 3 ans; qui le fatigua beaucoup.

25 mai 1900. Vers 5 h. 1/2 du soir, début brusque par douleurs très violentes au creux de l'estomac qu'il compare à un violent coup de bâton. Puis coliques dans tout le ventre, quelques vomissements bilieux dans la nuit; il est évacué sur l'hôpital de Poitiers.

26 mai matin. Facies grippé. Malade couché en chien de fusil. T. 38°6. P. 104, faible; douleurs violentes. Ventre rétracté. Défense musculaire. A la palpation, douleur diffuse avec maximum dans la fosse iliaque droite et surtout au niveau du point de Mac Burney. Légère résistance en ce point. M. Billot diagnostique: Appendicite suraiguë avec péritonite; propose l'opération qui, est repoussée énergiquement.

Vers 3 h. p. m. T. 37°6. P. presque insensible à 84, facies et état général encore plus mauvais. Injections sous-cutanées d'éther.

Le malade succombe à 9 h. du soir, avec un peu de subdélirium vers la fin.

A l'autopsie, on constate que les anses intestinales sont légèrement injectées par places. Epiploon infiltré.

Liquide louche dans le petit bassin.

Cœcum adhérent à la paroi abdominale et tapissé d'exsudats récents. Appendice remonté le long de la face postérieure du cœcum; mais encore libre. Son méso est épais, infiltré. Pas de perforation.

A l'ouverture, lumière assez large. Parois épaisses. Muqueuse boursouflée. Pas de retrécissements, ni de coprolithes.

Dans l'observation 47, il s'agit d'une péritonite généralisée d'emblée, ainsi que le prouve l'autopsie.

Dans l'observation 43 *ter*, il s'agit d'une appendicite perforante et gangréneuse avec péritonite généralisée purulente. Opération faite *in extremis*.

Enfin l'observation 67 a trait à un malade guéri de son opération qui succomba le 15e jour, subitement, à une embolie.

Sauf dans le 1er cas (obs. 1 *bis*) opéré à la 6e heure, les trois

autres avaient été opérés de la 39e à la 48e heure du début de la crise.

Dépouillons maintenant les statistiques et les nombreuses observations que nous devons à l'obligeance des chirurgiens éminents auxquels nous nous sommes adressés, et celles publiées antérieurement.

Le Professeur Robert F. Weir (de New-York) nous écrit que, dans ses dernières 100 opérations faites dans les 36 premières heures de la crise, la mortalité fut de 4 cas se rapportant à des péritonites diffuses.

Le Professeur Sprengel (de Brunswick) nous écrit que, dans ces trois dernières années, il a opéré 42 cas dans les deux jours avec 1 décès. Il s'agissait, dans ce cas, d'un malade qui présentait des symptômes nets de péritonite généralisée. Malgré la précocité de l'opération, il eut consécutivement des complications diverses (empyème, péricardite suppurée, etc.) et mourut neuf semaines après l'opération.

Parmi ces 42 cas, le professeur Sprengel a trouvé sept fois des lésions de péritonite diffuses et ces malades ont guéri.

Le Dr Témoin (de Bourges), dans sa statistique antérieure à novembre 1902 et présentée à la Société de chirurgie, avait opéré 15 malades dans les 24 premières heures sans aucun décès. Dans toutes ses opérations faites dans les 48 heures il n'avait pas eu non plus de décès.

Nous recevons aujourd'hui même sa statistique comprenant les opérations faites depuis novembre 1902. Elle comprend 55 opérations (dont 24 à l'hôpital et 31 à domicile) faites dans les 48 premières heures, sans un seul décès. Et cependant dans plusieurs cas, le Dr Témoin avait trouvé l'appendice sphacélé et deux fois il lui creva dans la main.

Dans un de ces cas, il s'agissait d'un petit garçon de huit ans dont la crise datait de 24 heures, qui était si bien à son arrivée que les parents voulaient faire remettre l'opération. Le pouls était à 80, la

température à 37°. Facies superbe, douleurs nulles. A l'opération, on trouva l'appendice énorme, demi-sphacélé. Il guérit.

Dans le second cas, opéré à la 32e heure, il y avait déjà péritonite généralisée. L'appendice était gangréné et crevé. La guérison fut rapide.

Le professeur Giordano (de Venise) veut bien nous communiquer deux observations d'opération précoce.

Obs. I. — Malade entré à l'hôpital pour se faire opérer une hernie inguinale droite. Il avait été purgé et mis à la diète lactée depuis deux ou trois jours. La nuit qui précédait le jour fixé pour l'opération il eut une attaque d'appendicite avec vomissements, douleurs, fièvre. Le professeur Giordano enlevait l'appendice dans les 24 heures (appendicite folliculaire aiguë), fermait le ventre, opérait la hernie et le malade guérit régulièrement.

Obs. II. — Malade qui avait des rechutes fréquentes depuis 3 ans. Il était venu la veille parce qu'il avait eu une attaque dans la nuit. Son état empira rapidement. Son appendice fut réséqué dans les 48 heures; il était sphacélé. Suture secondaire le 3e jour. Guérison.

Le Dr V. Pauchet (d'Amiens) veut bien nous communiquer 19 observations d'appendicites opérées dans les 48 heures, avec 2 morts. Voici les observations de ces 2 cas :

Obs. I. —Femme de 40 ans, souffrait beaucoup, avait un point de Mac Burney net, un appendice bien placé en avant.

A l'opération, M. Pauchet trouva un appendice rouge et gros, sans perforation, de telle sorte qu'il évita de drainer. L'appendice renfermait du mucopus, mais pas de sphacèle, des lésions d'apparence bénigne. Il avait opéré parce que la malade était à la campagne, éloignée de tout centre.

Le lendemain, la température monta à 40°, puis retomba à 36°, avec pouls incomptable, dyspnée. La malade mourut au bout de 36 heures, dans le collapsus.

Obs. II. — La crise avait été, dans ce cas, des plus sévères. Ventre ballonné. T. 36°3. P. 140. Facies mauvais.

A l'opération, l'appendice était mésocolique, sa pointe adhérait à gauche, au niveau de la symphyse sacro-iliaque. L'appendice enlevé, M. Pauchet glissa des drains dans la cavité virtuelle qu'il

occupait au milieu des anses intestinales. Mort en 48 heures avec phénomènes d'intoxication suraiguë.

Le Dr Legueu veut bien nous donner sa statistique des cas qu'il a opérés dans les 48 heures. Ils se montent à 25, avec une mortalité de 4 cas, ce qui est considérable, mais qui n'a rien d'étonnant, si nous analysons ces 4 cas.

1er cas. — Enfant à sa 1re crise, pris brusquement de douleurs épouvantables irradiées à tout le ventre, qui est ballonné. Langue sèche, diarrhée incoercible. T. 39°. Pouls filant, rapide. Opéré d'urgence à Beaulieu à 5 heures. A l'ouverture du ventre, on trouve du pus fétide, libre, des lésions de péritonite généralisée. Malgré nettoyage et drainage, mort, le 3e jour, de septicémie.

2e cas. — Femme âgée, opérée d'urgence à l'hôpital de la Charité. Quoiqu'on ne fût qu'au 2e jour de la crise, on trouva dans le ventre du liquide puriforme abondant, des lésions de péritonite généralisée. Appendice perforé, sphacélé à son extrémité. Mort.

3e et 4e cas. — Se rapportent à deux jeunes enfants chez lesquels les douleurs peu vives, l'absence de résistance à la palpation, une température presque normale contrastaient avec un pouls dépassant 140, et des vomissements subintrants. A l'opération, dans les deux cas, on ne trouva que quelques cuillerées de bouillon sale ; l'appendice paraissait sain. Rougeur diffuse sur les intestins.

A la coupe, lésions appendiculaires presque nulles.

Les 2 malades moururent de septicémie.

A l'examen microscopique les appendices qui paraissaient sains, avaient leurs lymphatiques gorgés de microbes. Ces quatre malades avaient été opérés le 2e jour de la maladie.

Le Professeur Roux (de Lausanne) n'a pas eu le temps

d'établir sa statistique. Il nous écrit cependant que tous les cas d'appendicite qu'il avait opérés dans les 24 heures de la crise ont guéri. Il n'a opéré dans ces conditions que les cas à diagnostic absolument certain.

Le Dr Gosset, professeur agrégé, nous communique 3 cas d'appendicites opérées dans les 36 heures avec succès.

Le Dr Marion, professeur agrégé, en outre des cas publiés déjà (1), nous communique 2 cas opérés dans les 48 heures et guéris. Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une fillette de 14 ans, qui avait eu une crise violente et qui présentait à l'opération un appendice totalement gangrené; suppuration abondante, libre, fétide.

Notre ami Alglave, prosecteur à la Faculté, est intervenu dans deux cas, à la 2e et à la 8e heure de la crise avec succès.

Carl Beck (de New-York) (2) cite 27 appendicites opérées sans décès dans les 24 heures (tandis que sa mortalité s'élève à 24 °/o après 48 heures).

Deaver et Ross (3), dans une statistique de 416 appendicites opérées au German Hospital de Chicago en 1901, comptent 73 opérés dans les 40 premières heures. Dans un seul cas opéré dans les 24 heures, ils perdirent un malade qui avait une péritonite généralisée.

A. C. Bernays, de Saint-Louis, conclut de ses statistiques que les opérations pratiquées le 1er et le 2e jour de la maladie donnent 98 °/o de guérisons.

Le Dr Tuffier apportait à la Société de chirurgie, en 1902, 9 cas d'appendicites opérées dans les 36 heures, sans décès.

Nous arrêtons là nos chiffres, bien que nous puissions en citer encore d'autres.

Nous avons voulu, surtout, bien montrer, en détaillant la

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1900.
(2) *N. Y. Med. jour.* 1896.
(3) *Jour. A. M. A.* Chicago, 1902.

plupart des cas de décès survenus après une opération précoce, les causes de la mort.

Nous avons vu que, dans tous ces cas, il s'agit soit de péritonites diffuses purulentes ou septiques, soit de septicémies généralisées d'emblée à tout l'organisme et dans lesquelles la toxi-infection sanguine domine dès les premiers moments.

Ainsi que nous l'établissions précédemment dans un graphique, la mortalité après opération faite dans les 48 heures ne dépasse pas, d'après nos recherches, 4 %. Nous sommes d'accord sur ce chiffre avec le professeur Weir qui évalue de 3 à 5 % la mortalité après opération précoce, non seulement entre ses mains, mais entre celles de beaucoup d'autres chirurgiens, ainsi qu'il résulte des rapports à la American Médical Assoc. (section de chirurgie) de 1901-1902.

La mortalité après opération dans les 24 premières heures peut être considérée comme nulle. D'après nos statistiques, nous la voyons s'élever à près de 2 %. Ce chiffre paraîtra peut-être excessif; mais, ainsi que nous le disait le professeur Terrier, si bonnes que soient les conditions dans lesquelles on intervient, si parfaite que soit l'organisation d'un service de chirurgie, il est sinon impossible, du moins extraordinairement difficile, d'avoir une mortalité *absolument nulle*, surtout pour une affection comme l'appendicite.

De la 24e à la 36e heure la mortalité n'est guère plus élevée. Nos documents n'étaient pas tous suffisamment précis sur cette période pour pouvoir en fixer exactement le chiffre. Très approximativement nous croyons qu'il ne dépasse pas 2 ou 25 %.

Nous conclurons donc que l'opération précoce est avantageuse quant à ses résultats. Même en comprenant dans les statistiques les cas foudroyants d'emblée, qui sont au-dessus de la science humaine, et qui mourraient quand même, quelle que soit la forme de traitement, par l'opération précoce on

peut guérir 96 à 98 °/₀ des appendicites aiguës. C'est un résultat qu'aucune autre méthode n'a pu donner jusqu'ici.

L'opération précoce doit donc être érigée en système, de l'avis même de presque tous les chirurgiens.

Notre Maître Broca écrit : « Si l'on est appelé tout de suite, dès les premières vingt-quatre heures, j'ai toujours dit qu'alors l'*opération systématique* donnerait de bons résultats (1). »

Murphy (de Chicago) résumant la discussion qui eut lieu à l'American Medical Assoc. (1902) dit que la solution du problème est dans l'opération précoce. Il montre que *tous* les membres de la section de chirurgie ont agréé l'opération dans les 36 heures, seule capable d'abaisser la mortalité à 1 1 2 °/₀.

Ochsner (de Chicago), le promoteur de la temporisation en Amérique, accepte et préconise même l'opération précoce.

Le professeur Mayo Robson, reflétant l'opinion courante en Angleterre, nous écrit : « Mon opinion sur l'intervention hâtive (par là j'entends l'opération dans les 24 ou 36 premières heures de la crise) est que si on pouvait la faire systématiquement dans tous les cas, elle donnerait de meilleurs résultats que l'attente de la résolution ou de la suppuration. »

Aux 30e et 31e Congrès des chirurgiens allemands, le professeur Sprengel (2 et 3) a démontré les avantages de l'opération précoce, auxquels a souscrit le professeur Rehn.

Le professeur Giardano (de Venise) nous écrit : « En principe je crois que si l'on opérait toutes les appendicites dans les premières 24 heures, on opérerait certainement beaucoup de malades capables de guérir sans opération; mais on en sauverait aussi plusieurs qui succombent victimes du retard. L'opé-

(1) Broca. *Bull. de la Sociéte de chirurgie*, 1903.

(2) Sprengel. Zur Frühoperation bei Akuter Append. (*Verhandl. der deutsch. Gesell. f. Chir.* 1901).

(3) Sprengel. Zur Meth. der Appendicitisoperation (*Centralblatt für Chirurg.* n° 28, 1901).

ration méthodique précoce diminuerait la mortalité totale des opérés et non opérés. »

IV. — OBJECTIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Si l'opération précoce rallie la majorité des suffrages, elle a quelques détracteurs.

Passons en revue les principales objections qui ont été formulées :

a) Une des plus sérieuses est celle qui, se basant sur la *difficulté du diagnostic au début*, qualifie l'opération précoce d'*aveugle* et parfois d'*inutile*.

Des erreurs peuvent être commises dans les deux sens, c'est certain. Nous nous souvenons d'avoir observé, dans le service de notre Maître Walther, deux cas envoyés à l'Hôpital pour appendicite aiguë qui étaient des dothiénentéries au début, ainsi que le montra l'évolution ultérieure. Notre Maître nous citait dernièrement six cas analogues.

Dans un cas observé avec notre Maître Broca, c'était un jeune garçon envoyé pour coxalgie, qui avait une appendicite avec péritonite purulente.

La littérature relate nombre d'erreurs de toutes sortes, fréquentes surtout chez la femme et qui échappent à toute discussion.

Mais il faut reconnaître qu'à mesure qu'on connaît mieux la maladie, ces erreurs deviennent plus rares, et que la plupart d'entre elles peuvent être évitées par un examen *complet*. En quatre ans d'internat, nous n'avons guère vu nos Maîtres hésiter longtemps, même en présence de cas embarrassants pour d'autres.

Si l'on parcourt les observations ci-jointes, on remarquera que, dans toutes, le diagnostic avait pu être facilement et nettement établi. Puis enfin, a-t-on dit, grâce à l'innocuité de

l'opération précoce, les malades n'auront à souffrir en rien de l'erreur (Legueu).

Quoi qu'il en soit, nous poserons en principe *absolu qu'on ne doit opérer que lorsque le diagnostic est absolument certain.*

b) On a dit et écrit que les manœuvres opératoires et les anesthésiques pouvaient *contrarier le processus de défense, et réveiller, activer, diffuser la toxi-infection.*

Cela est vrai lorsque les moyens de défense locaux et généraux sont organisés, c'est-à-dire, après le 2e jour ordinairement, et, dans quelques cas, de la 36e à la 48e heure.

Mais jusqu'à la 36e heure, la lutte est à peine ébauchée, ainsi que nous l'avons vu précédemment. On en est à la phase d'appel des moyens de défense, et la suppression de la cause ne peut être qu'utile. La preuve en est dans la chute brusque de la température et la jugulation des autres symptômes dans ces cas.

D'ailleurs, ou bien il s'agit d'un cas sans gravité, et alors l'opération n'aura rien à aggraver, ou bien il s'agit d'un cas sérieux, et alors les dangers de l'opération, étant données sa facilité et sa rapidité, sont moindres que ceux de l'expectation. Les résultats le prouvent surabondamment.

D'après notre Maître Walther, l'objection a plus de valeur dans les cas de *septicémie avérée d'emblée avec ictère* ou subictère, hématuries, épistaxis, sans réaction locale nette, pouls filant, foie gros, etc. Dans ces cas on doit se demander si l'anesthésie et le choc opératoire, s'ajoutant à un état si précaire, ne hâteront pas la terminaison. Notre Maître est d'avis que l'opération précoce est contre-indiquée dans ces formes septicémiques avec phénomènes d'ictère grave et gros foie, et dans 3 de ces cas, par le repos, le sérum de Hayem à haute dose, etc., il a pu faire revenir des malades qui avaient été considérés comme irrémédiablement perdus.

Dans un de ces cas, on découvrit à l'opération, deux mois après, des foyers disséminés de pus concrété, attestant l'existence antérieure d'une péritonite diffuse.

c) On a accusé l'opération précoce de *se faire dans de mauvaises conditions matérielles*, le chirurgien pressé par le temps était souvent obligé d'opérer à domicile. On peut répondre que ce léger ennui est compensé par la facilité de l'acte opératoire.

d) On a insisté au point de vue de l'effet moral sur l'*émoi que cause une opération d'urgence*, alors qu'on peut la pratiquer quelques jours plus tard sans heurts, ayant préparé le malade et la famille. Comme pour la hernie étranglée, il y a évidemment une notion à vulgariser, qui le serait déjà grâce à la propagande active du professeur Dieulafoy, si le bruit des discussions se propageant dans le public n'avait ébranlé les convictions premières.

e) *La difficulté d'être appelé à temps est très réelle.* Dans les statistiques américaines, le nombre des cas qui se présentent dans les 36 heures est relativement élevé (18 °/₀ environ dans celle de Deaver). Mais dans les statistiques françaises c'est à peine si nous trouvons 10 °/₀.

Cette difficulté provient de causes nombreuses : caractères souvent insidieux de la crise d'appendicite au début, accalmies trompeuses, erreurs de diagnostic, application outrancière de la temporisation par le médecin, éloignement trop grand d'un centre chirurgical, etc.

La vulgarisation de l'appendicite et des avantages de l'opération précoce aura raison, nous en sommes convaincu, de cette difficulté.

f) La majorité des chirurgiens, même les plus interventionnistes, sont d'avis de ne pas opérer *lorsque, dans les 24 ou 36 premières heures, il y a déjà défervescence complète.*

Il est évident que point n'est besoin de se presser et de

semer l'alarme, si le malade n'a eu qu'une simple colique. S'il y a eu crise véritable, « pour remettre l'opération, nous écrit Témoin (de Bourges), il faut que *tous* les symptômes soient tellement atténués qu'on puisse être à peu près certain de la guérison de la crise, et encore, je conseille de préférence l'intervention, car *rien* ne peut nous permettre d'affirmer que les symptômes ne prendront pas subitement un caractère de gravité nouvelle. »

D'ailleurs, ces crises vraiment avortées dès les premières heures, sans les appeler des appendicites de complaisance, comme le fait Gaudin dans un article inspiré par Roux (1), sont rares.

g) On a reproché à l'opération précoce *la nécessité de drainer souvent, d'où éventrations ultérieures* à craindre.

Tout d'abord, plus on opère tôt, moins on a à drainer; dans nos observations, on a drainé 12 fois dans les 24 heures sur 28 cas, 11 fois de 24 à 36 heures sur 17 cas, et 30 fois de 36 à 48 heures sur 35 cas.

Ensuite, les cas avec suppuration nette sont rares dans les 36 premières heures, et dans les cas douteux, un drainage de sûreté de 48 heures n'influe pas beaucoup, nous l'avons déjà dit plus haut, sur la solidité de la cicatrice.

(1) Gaudin. *Presse médicale*, n° 72, septembre 1903.

OBSERVATIONS

Obs. I. (Walther.) **3e heure.**

X..., garçon de 6 ans, avait présenté depuis quelques jours des symptômes vagues; malaises, fatigue, une ou deux fois par jour petites douleurs dans le ventre. Température et pouls normaux.

1er fév. 1904. Petite crise douloureuse, mais pouls à 110-120, petit, filant. Deux vomissements noirâtres dans la matinée. Mauvais aspect général; faciès altéré.

Opération immédiate. — Laparotomie latérale. Péritoine absolument sain. Appendice long de 12 cm., coudé par bride du méso. Dans ce méso, veines thrombosées, comme injectées à l'encre de Chine.

Appendice sain à la surface; mais muqueuse totalement gangrénée.

Résection de l'appendice. Drainage.

Vomissements noirs persistent toute la journée et cessent.

Guérison.

(Cette observation sera publiée in extenso par notre Maître.)

Obs. I *bis*. (M. le méd. pr. Billot.) 6e heure.

J. F..., 22 ans, soldat. 11 mai 1900. Travaillant à la piste du champ de tir, il fut pris brusquement, à 8 h. du matin, de coliques tellement violentes qu'il fut obligé de se coucher sur le sol.

A 9 h. prend sa soupe et la vomit. Coliques augmentent. Envoyé d'urgence à l'hôpital mixte de Poitiers.

A ce moment T. 40°1. P. 102 faible. Ventre douloureux partout, mais avec maximum dans la fosse iliaque droite. Point de Mac Burney très net, légère voussure à jour frisant au-dessus de l'arcade crurale.

Opération à 2 h. p. m. — Incision de Roux. Issue d'une cuillerée

environ de liquide couleur bouillon sale.contenant une fausse membrane. L'anse intestinale qui se présente est d'un rouge foncé très marqué, indice d'une péritonite déjà développée.

Appendice gros comme un gros porte-plume, long de 12 cent., plongeant dans le petit bassin ; adhérent déjà légèrement. Ligature, encapuchonnement du moignon, enfouissement, drains. Lavage de la cavité péritonéale, avec 8 litres de sérum stérilisé.

Examiné, l'appendice a son extrémité libre en battant de cloche ; en le fendant, on trouve, vers le milieu, deux ulcérations circulaires avec caillots sanguins à leur surface. Pas de coprolithes, ni de corps étrangers.

12 mai. T. 39°8. P. 118. Vomissements. On continue la glace et l'opium.

Le soir, état plus inquiétant. Nouveau lavage au sérum boriqué.

Le 13 au matin. **Mort.**

Obs. I *ter*. (Gosset.) **8e heure.**

Louise R..., 24 ans, infirmière, avait présenté antérieurement des troubles intestinaux fréquents, sans crise nette d'appendicite. Elle était constipée depuis deux jours.

15 mars 1904. Elle est prise vers 2 h. p. m. de douleurs abdominales généralisées, sourdes. Elle dîne vers cinq heures sans appétit et est prise sitôt après de douleurs très vives, particulièrement violentes dans la fosse iliaque droite. Etat nauséeux permanent, anurie depuis le début, pas d'émission de gaz. P. 120. T. 39°, léger météorisme, facies mauvais.

Opération à 10 h. par M. Gosset. — Incision de Jalaguier. Issue de liquide hémorragique. Appendice volumineux se dirigeant vers le pelvis et adhérant à un hémato-salpynx ancien.

A l'incision de l'appendice ; muqueuse totalement gangrénée, fétide, parois amincies par places, très altérées. Drainage.

En voie de guérison.

Obs. II. (Routier.) **8e heure.**

Dr V... A ressenti en août 1902 des symptômes qualifiés de colite Vu par M. Jalaguier en septembre, qui accepte le diagnostic d'ap-

pendicite chronique. Vu en octobre par M. Routier, qui conclut à appendicite.

13 décembre 1902. Crise aiguë qui débute à 4 heures du matin par douleurs vives ; pas d'occlusion, pas de fièvre, pas de défense musculaire. T. 37°. P. 80.

Opération. — Laparotomie sur bord du droit, appendice long de 12 centimètres, rouge, entouré de fausses membranes vertes. Méso très gros avec taches noires, comme gangréneuses.

Ligature. Thermo. Suture.

2 janvier. Guérison.

Obs. III. (Routier.) 9e heure.

Marie P... 23 ans. Elle aurait eu en juin dernier une crise d'appendicite douteuse.

Entrée à Necker le 14 novembre 1902 pour une plaie du pied, M. Routier palpe par précaution le ventre, qui est souple, non douloureux. Elle ne sent d'ailleurs plus rien.

Le 16 novembre. Elle dit avoir eu mal au ventre dans la nuit.

T. 38°. P. 110. Résistance à droite. Point de Mac Burney.

Opération immédiate. — Laparotomie sur bord du droit. Appendice en érection, très injecté et très rouge. Ligature au catgut. Thermo. Suture.

L'appendice examiné contient du sang noir et vers son milieu une longue ligne ecchymotique.

Sortie le 7 décembre. Guérison.

Obs. IV. (Routier.) 10e heure.

L. R... 11 ans 1/2. A déjà eu une violente crise en avril 1901, une seconde en mars 1902.

Dans la nuit du 19 au 20 avril 1902, 3e crise douloureuse avec vomissements. Point de Mac Burney. Défense très nette. A rendu des gaz.

Opération le 20. — Laparotomie sur bord du droit. Epiploon très rouge, adhère à l'appendice, qui est long, gros et contourné.

Ligature catgut. résection d'épiploon. Thermo. Suture. Appendice plein de matières. Muqueuse congestionnée, très épaissie.

Guérison.

Obs. V. (M. le Méd. pr. Billot). 12e heure.

Si.... Léon..., 21 ans, cultivateur. A déjà eu une petite crise antérieurement. Dans la nuit du 3 au 4 septembre 1902, douleur très violente dans la fosse iliaque droite provoquant à plusieurs reprises des vomissements. Envoyé d'urgence à l'hôpital de Poitiers.

Il présente à l'entrée : douleur très vive dans la fosse iliaque droite avec voussure légère. Point de Mac Burney très net.

Opération — à 2 heures p. m. A l'ouverture de l'abdomen, issue d'un peu de liquide louche; on trouve l'appendice turgide, coudé sur lui-même, renflé à son extrémité libre, qui est couverte d'exsudats.

Ablation. Suture en 4 plans. L'examen de l'appendice montre des lésions de folliculite manifeste avec épaississement de la paroi ; pointillé rouge, hypertrophie de la muqueuse.

Sorti le 23 novembre. Guérison.

Obs. VI. (Routier.) 14e heure.

Mme M. C... 72 ans. Après troubles intestinaux (alternatives de diarrhée et de constipation) est prise le 28 novembre 1895, le matin, d'un point douloureux au Mac Burney. Un peu d'état nauséeux. P. à 90. T. 38°. Elle avait été vue la veille par le Prof. Dieulafoy, qui n'avait trouvé rien de spécial.

Le soir, douleur plus vive, quelques épreintes rectales sans résultat, langue sèche.

Opération à 10 heures du soir. — Laparotomie sur bord du droit. Ouverture d'un foyer purulent, mal limité.

M. Routier sent bien l'induration de l'appendice, sans plus chercher à l'avoir. Pas de suture, drainage.

Les jours suivants élimination de pus et débris sphacélés.

Le 16 janvier sort en voiture.

Le 12 février 1897, formation au niveau de la cicatrice d'un petit abcès qui laisse s'échapper un petit calcul stercoral. Il en persiste une fistulette.

Le 1er septembre 1897, élimination d'un second calcul.

Revue en mars 1898. La fistule se referme.

Guérison.

Obs. VII. (M. le Méd. pr. Billot.) 14e heure.

Guil... Eugène, 23 ans, soldat. A déjà ressenti il y a 3 mois une violente douleur dans la fosse iliaque droite, qui dura 4 heures et disparut spontanément.

29 mars 1901. Début brusque, à 1 heure du matin, par une douleur dans la fosse iliaque droite qu'il compare à un coup de couteau. On diagnostique appendicite et il est dirigé sur l'hôpital mixte de Poitiers.

Opération à 3 heures. — Incision de Roux. Appendice libre, turgescent. Ablation. Cautérisation. Suture en 3 plans.

Appendice de 10 centimètres. Plein de matières fécales, plus foncées vers le cœcum, plus claires vers son extrémité. Muqueuse paraît saine à l'œil nu.

Sorti le 30 avril. Guérison.

Obs. VIII. (M. le Méd. pr. Billot.) 14e heure.

R... Auguste, 22 ans, a déjà eu à deux reprises, des crises de coliques assez violentes pour l'arrêter un jour ou deux.

20 décembre 1900. — Vers le soir, il est pris brusquement de douleurs très violentes dans la fosse iliaque droite. Vomissements bilieux dans la nuit. Envoyé à l'hôpital de Poitiers.

30 décembre. — Voussure légère de la fosse iliaque droite. Empâtement profond, sensible à la pression au-dessus de l'arcade crurale. — Défense musculaire à droite, point de Mac Burney très net. A gauche, ventre souple, indolent.

Opération à 10 heures. — Incision de Roux. Appendice sous-cœcal adhérant à la portion terminale de l'iléon ; gros comme un gros porte-plume. On le détache des adhérences.

Ablation. Suture en 3 plans.

Suites bonnes, mais, pendant la convalescence, attaque de rhumatisme qui dure jusqu'au 18 janvier.

Sorti le 9 février. Guérison.

Obs. VIII *bis*. (Walther.) 15e heure.

Mlle X..., 6 ans. Présentait depuis un an des troubles digestifs vagues, pâleur, amaigrissement, diagnostiqués appendicite chronique.

Le 12 nov. 1902, à 6 h. du matin, crise de douleurs à droite qui dure une demi-heure. A 8 h. 1/2. P. 110. T. 37°5. A 10 h. 1/2. P. 100. T. 37°5. Etat général excellent, l'enfant joue et demande à manger.

A 6 h. du soir, facies très altéré, pâleur insolite, traits tirés. T. 37°8. P. 140 petit, intermittent. Aucune douleur au point de Mac Burney.

Opération à 9 h. p. m. — A ce moment : facies tout à fait mauvais. T. 36°8 rectale. P. 160, irrégulier, petit, filiforme, avec une pulsation avortée toutes les trois pulsations.

Laparotomie latérale. Péritoine sain, pas une goutte de liquide. Appendice sous iléo-cœcal, tordu en spirale autour d'un méso falciforme. Résection, drainage.

A l'examen, l'appendice paraît sain extérieurement, pas de vascularisation; mais dès qu'on l'ouvre, odeur gangréneuse qui infecte toute la salle d'opération. Il contient une bouillie rougeâtre; folliculite hémorragique et gangréneuse, sur toute la hauteur.

Suites difficiles. Etat septicémique dure plusieurs jours et s'atténue. **Guérison.**

(L'observation *in extenso* sera publiée par notre Maître.)

Obs. IX. (M. le Méd. pr. Billot.) 16e heure.

De G... Florimond, 19 ans 1/2, soldat, 21 août 1900. Etant en manœuvres, ressentit brusquement vers 5 heures du matin une douleur très violente dans le flanc droit, qu'il compare à un violent coup de poing.

En voulant monter à cheval, la douleur devint si vive que de G... tomba, fut pris de vomissements bilieux et se coucha.

Le médecin l'évacua sur l'hôpital mixte de Poitiers.

A son arrivée, T. 38°8. P. 88. Ventre extrêmement douloureux dans toute la fosse iliaque droite. Point de Mac Burney très net.

Opération à 9 h. du soir. — Incision de Roux. Appendice bridé par son méso, mais libre, turgescent, gros comme un petit porte-plume.

Ablation de l'appendice. Cautérisation, puis encapuchonnement du moignon.

A la coupe, appendice rempli de matières fécales concrétées. En 3 points, ecchymoses de la muqueuse, qui est boursouflée et injectée.

Sorti le 7 octobre. **Guérison.**

Obs. X. (M. le Méd. pr. Billot.) 16e heure.

Mar... Georges... 22 ans, soldat. 27 janvier 1901. A 5 h. du soir, pris, en mangeant sa soupe au quartier, d'une douleur aiguë dans le flanc droit, comme si on lui avait arraché quelque chose, dit-il.

Cette douleur était absolument particulière et ne ressemblait en rien à celle que produisent les coliques. Elle était fixe, très aiguë, revenant par crises. Il se couche. Le médecin diagnostique une appendicite et l'évacue sur l'hôpital mixte de Poitiers.

A 11 h. 1/2 du soir. T. 37°5. P 76. Pas de vomissements. Point de Mac Burney très net. Sensibilité exagérée. A la palpation, M. Billot sent un boudin parallèle à l'arcade crurale. N'ayant pas d'aides, il lui ordonna opium et diète et remet l'opération au lendemain.

Opération, 28 janvier à 9 h. — Appendice libre. Ablation, cautérisation et enfouissement du moignon. Suture.

Appendice long de 8 centimètres, rigide. Muqueuse rouge, tuméfiée. Il contient un calcul fécal de forme allongée comme un petit haricot.

Sorti le 28 février. Guérison.

Obs. XI. (M. le Méd. pr. Billot.) 17e heure.

Mil...22 ans, cultivateur. A déjà eu, il y a 2 ans, une attaque qui débuta brusquement et s'accompagna de vomissements bilieux. Il resta alité 10 jours.

14 avril 1901. A 10 heures du soir, début par une douleur brusque qu'il compare à un coup de couteau dans la fosse iliaque droite, revenant par intervalles, et durant toute la nuit.

15 avril. Le matin. T. 36°5. P. 104. Toute la région de la fosse iliaque droite est douloureuse. Point de Mac Burney très net. Palpation profonde permet de sentir un boudin parallèle à l'arcade crurale.

Opération à 3 h. p. m.— Incision de Roux. Appendice volumineux, adhérent à l'épiploon par son extrémité qui se dirige vers le petit bassin. Ablation. Suture en 3 plans.

Appendice gros,long environ de cinq travers de doigts.Méso infiltré,charnu.L'appendice contient une petite quantité de liquide puriforme épais et un coprolithe gros comme une lentille.

Sorti le 23 mai. Guérison.

Obs. XII. (Routier.) 18e heure.

Marcel A... 12 ans. Sujet à des indigestions fréquentes. Diarrhée les 3 derniers jours. Le 5 mars 1899 il mange force gâteaux.

Le 6, au matin, vomissements. T. 39°8.

Le soir à 9 h. T. 40°7. P. 136. Ventre douloureux à droite. L'enfant montre le point de Mac Burney. Ventre plus résistant à droite.

Opération à 1 h. du matin. — Incision sur le bord du droit.

Appendice adhérent par son sommet ; pas de liquide ; pas de rougeur des anses. La partie voisine de l'épiploon est seule un peu rouge, on la résèque.

Ligature. Thermo. Suture. L'appendice très long porte 7 plaques d'ecchymoses avec hématome. Guérison.

Obs. XIII. (Routier.) 19e heure.

M. A... 19 ans. A eu précédemment 3 crises qualifiées d'entérite.

Le 14 novembre 1903, pris brusquement à 3 h. du soir de douleurs vives. A minuit T. 39° P. 100. Ventre souple, mais point de Mac Burney. A 4 h. du matin T. 40°. Pas de vomissements, pas de gaz.

Opération 15 novembre. — Laparotomie sur bord du droit. Issue de pus abondant et de l'épiploon enflammé. Appendice dans le petit bassin. Ablation, lavage, drains, mèches.

Appendice parsemé de plaques de gangrène. Toute la muqueuse est violacée, gangrénée par places, 1 perforation.

15 décembre 1903.

Guérison.

Obs. XIV. (Routier.) 20e heure.

Pierre S... 10 ans. Début le 25 décembre 1899, vers 2 heures du matin par coliques (après réveillon). On lui donne 2 capsules d'huile de ricin. Il vomit, vers 4 heures du matin. Dans la journée, T. 38°9. P. 120. Point de Mac Burney. On lui met de la glace, opium à l'intérieur. Facies bon. On attend ; mais la nuit est agitée ; T. 39°. Douleur plus vive. Vomissements verdâtres.

Opération à 11 h. — Laparotomie sur bord du droit. Issue de sérosité louche assez rouge. Appendice adhérent. On le décolle, son extrémité est gangrénée. Ablation. Thermo. Lavage : 2 drains,

Le 17 janvier 1900. Guérison.

Obs. XV. (Mouchet.) 20e heure.

Gr. J... 30 ans. 12 juillet 1902 à 3 h. p. m. Premières douleurs. Vomissements vers le soir. Douleurs atroces dans la nuit.

13 juillet. Entre à Necker. Couché en chien de fusil, facies altéré expression de souffrances vives. Pouls bat régulier. T. 36°6. Douleur nette à Mac Burney.

Opération à midi. — Incision sur le bord du droit. Issue d'une petite quantité de liquide séreux. Appendice libre, d'aspect nodulaire. Ablation. L'appendice ouvert contenait 8 concrétions stercorales aplaties, lenticulaires, dont une à l'extrémité terminale, séparées par des points retrécis. Points apoplectiques de la paroi au niveau des concrétions.

Réunion *per primam*. Guérison.

Obs. XVI. (Routier.) 20e heure.

G. de M..., 16 ans, a eu de légères douleurs le 29 septembre, puis va très bien.

2 octobre 1899, légères douleurs dans la journée, qui deviennent violentes le soir à droite.

3 octobre. Douleur excessive à l'effleurage. Pas de gaz depuis la veille. Pas de vomissements. Pouls faible à 90, pas de fièvre.

Opération à 10 h. — Laparotomie sur bord du droit. Appendice très long, congestionné, muqueuse hémorragique.

Ablation. Suture. Sorti le 26 oct. Guérison.

Obs. XVII. (Routier.) 20e heure.

Aloïs B...,17 ans, pris brusquement, le 22 juin 1896, de douleurs dans la fosse iliaque droite, vomissements. Entré le lendemain matin à Necker: Pas d'autres symptômes que douleur vive au point de Mac Burney et contracture du droit. Côté gauche du ventre très souple.

Opération le 23. — Epiploon adhérent. L'appendice plié sur lui-même est dans l'angle formé par le cæcum et la fosse iliaque, adhérent au cœcum et recouvert de fausses membranes verdâtres.

Isolement, ablation, suture. L'appendice examiné est noir par places, il contient une bouillie noirâtre et sur son milieu une large plaque ecchymotique et ulcérée. Suites normales. Guérison.

Obs. XVIII. (Routier.) **21e heure.**

Mlle Y. S..., 10 ans. Le 5 mars 1901, après dîner, douleurs abdominales et nausées. La nuit réveillée par douleurs plus vives et nausées.

Le 6, à 1 h. soir : Point de Mac Burney. Défense musculaire. T. 38°4. P. 120. Langue humide. A rendu des gaz ce matin encore.

Opération à 5 h. soir. — Laparotomie sur bord du droit.

Issue d'un peu de liquide louche. Appendice légèrement adhérent au petit bassin, verdâtre vers son extrémité. 2 drains.

24 mars. **Guérison.**

Obs. XIX. (Routier.) **23e heure.**

Léonie B..., 33 ans. A eu 3 accouchements, le dernier il y a 2 mois.

18 juin 1902. Douleur brusque dans le flanc droit, vomissements. — Entre à Necker, Ventre tendu. Point de Mac Burney net. Au toucher, grosse masse salpyngienne. On la purge parce qu'elle a du lait.

Opération le 19 juin. — Laparotomie médiane. Ablation d'un gros pyosalpynx droit qui crève pendant l'énucléation, issue de pus épais. Ablation de l'appendice compris entre cette poche annexielle et le petit bassin et qui est lésé. Drainage vaginal.

28 août. **Guérison.**

Obs. XIX *bis*. (Walther.) **23e heure.**

A. F..., 29 ans, interne des hôpitaux de Paris. Quelques troubles intestinaux antérieurs sans signification nette.

Vers le 20 avril 1901, il est pris brusquement à 6 heures p. m. de douleurs généralisées à tout le ventre. Il essaie de dîner, mais il quitte la table au début du repas et va se coucher. Ses douleurs se localisent à droite et sont tellement violentes qu'on lui injecte de la morphine. Vomissements dans la nuit. Arrêt des gaz. P. 110, T. 38°5.

Le lendemain matin, douleurs moins violentes, mais faciès altéré. Pouls plus mou.

Opération. — Opéré à 5 h. du soir par M. Walther. Incision de Roux; appendice rétrocœcal, externe, volumineux, turgescent, rouge

noirâtre, adhérent légèrement à la paroi postérieure. Ablation. Drainage. A l'examen, appendice en voie de gangrène totale.

Guérison.

Obs. XX. (Routier.) 24e heure.

Joséphine S..., 20 ans. Le 9 décembre 1900. Renvoyée du Vésinet à Necker, pour crise subite d'appendicite.

Le 10 décembre. Douleur à droite. Défense musculaire nette, langue bonne. Pas de selle, ni de gaz depuis hier. A vomi la nuit. T. 37°8. P. 100.

Opération. — Laparotomie sur bord du droit. Appendice rétro-cœcal en tire-bouchon, méso très court. La ligature du méso coule, d'où hémorragie difficile à arrêter. Suture.

Appendice très long. Contient des fèces noires et du sang. Muqueuse parsemée de plaques hémorragiques,

3 janvier. Guérison.

Obs. XXI. (Routier.) 24 heure.

Mlle S... S., 23 ans. A eu une première crise violente il y a six ans, une seconde il y a un an.

Le 31 mai 1903, prise de douleurs vives, maximum au point de Mac Burney. Pas de nausées, pas d'occlusion.

Opération le 1er juin. — Laparotomie sur bord du droit. Appendice long et un peu rouge. Ligature. Thermo. Suture.

Appendice. Contient des fèces. Muqueuse ecchymotique.

22 juin. Guérison.

Obs. XXII. (Routier.) 24e heure.

Jean S..., 9 ans 1/2. A eu déjà 2 crises en décembre 1895 et avril 1896.

Le 24 juin 1896, brusquement, douleur vive au point de Mac Burney. T. 38°. Vomissements. Dans la nuit T. 40°, vomissements répétés.

Le 25 juin. Vu à midi. T. 40°. P. 140.

Opération à 1 heure. — Issue de pus non fétide qui vient surtout de la face externe du cœcum, recouverte de fausses membranes verdâtres. L'appendice interne et inférieur est attiré avec difficulté. Il

présente plusieurs plaques de gangrène et une perforation par laquelle sort un calcul. Toilette à l'éponge et à la gaze iodoformée. Drains et mèche. Suture incomplète.

Le lendemain température 37°2. Emission de gaz. Le 4 juillet, suppression des drains.

Guérison.

Obs. XXIII. (Mouchet.) 24e heure.

Mme R..., 30 ans. 2 juin 1903. Début par douleurs brusques à l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite sans siège précis. Ces douleurs surviennent par crises. La malade a eu 8 crises semblables dans la journée, tellement violentes qu'elles se sont accompagnées de syncopes. Diarrhée.

A 10 heures du soir, plus de selles, mais vomissements jaune verdâtre au nombre de 3 ou 4.

Nuit mauvaise, nausées; ni selles, ni gaz.

3 juin. Malade fatiguée. T. 39°1. P. 110. Bien frappé. Pas de vomissements. Défense musculaire très intense dans les 2 fosses iliaques avec maximum au point de Mac Burney.

Opération à 11 heures. — Incision de Jalaguier, fausses membranes fibrineuses sur le fond du cœcum, un peu de liquide séreux autour, parsemé de flocons fibrineux. Drainage.

L'appendice est épais, rouge, contient du liquide sale.

Guérison.

Obs. XXIV. (M. le Méd. Pr. Billot.) 24e heure.

N... Louis, 22 ans. A eu la dysenterie à 14 ans. Depuis constipation et parfois crises de coliques.

18 août 1899. Brusquement dans la matinée, douleurs vives dans la fosse iliaque droite après une selle.

On lui fait prendre un vomitif et on l'envoie à l'hôpital mixte de Poitiers. P. 88, ample. T. 38°. Langue bonne, ventre souple. Point de Mac Burney très net; à la palpation, léger empâtement au-dessus de l'arcade crurale. Pas de sensibilité à gauche, pas de vomissements. Glace, opium, diète absolue.

19 août. T. 38°6. P. 86. Sensibilité abdominale plus marquée qu'hier. Empâtement plus manifeste.

Opération. — Incision de Roux. Appendice rétro-cæcal ascendant,

enveloppé par l'épiploon épaissi dans lequel il faut le sculpter avec le bec mousse des ciseaux.

A 1 centimètre de son extrémité libre, perforation en rapport avec un abcès du volume d'un pois.

Ablation. Encapuchonnement du moignon. Suture en 3 plans.

L'appendice a le volume d'un porte-plume. En amont de la perforation, rétrécissement très serré. Extrémité distale très dilatée au contraire; à ce niveau, infiltration générale de la paroi, ramollissement de la muqueuse.

Suites normales. Pansement levé le 10e jour. Réunion complète.

Guérison.

Obs. XXV. (M. le Méd. Pr. Billot.) **26e heure.**

Vi... 22 ans, 15 avril 1901. Le matin, début par de petites coliques qui allèrent en augmentant, si bien que, vers le soir, il se roulait à terre. Le médecin l'évacue sur l'hôpital mixte de Poitiers d'urgence.

A son entrée, douleur très vive dans la fosse droite avec défense de la paroi. Point de Mac Burney très net. Rien dans le reste du ventre. T. 38°3. P. 84.

Opération, 16 avril. — Appendice libre, mais infléchi par une bride du méso. Au niveau de la coudure, la muqueuse est boursouflée et injectée. Liquide légèrement louche dans l'appendice.

Sorti le 7 mai 1901. **Guérison.**

Obs. XXVI. (Routier.) **28e heure.**

Henri G..., 14 ans. — A déjà eu deux crises l'année dernière.

Le 23 mai 1897, après avoir joué au lawn-tennis, rentre fatigué; ne dîne pas. Coliques, insomnie, vomit 1 fois.

Le 24 mai. Vu à 8 1/2 par M. Routier : Douleur violente au Mac Burney. Ventre tendu et douloureux. P. 120. Urine fréquemment.

Opération à 10 h. du soir. — Laparotomie sur bord du droit. Issue de séro-pus surtout abondant dans le petit bassin. Intestins rouges avec plaques vertes. Appendice très haut, rétro-cœcal est énucléé avec peine, sa base est couverte de fausses membranes. Perforation près du cœcum d'où sort de la matière fécale. Cœcum n'est pas mobilisable.

Ligature au-dessus de la perforation. Thermo. 2 gros drains dans le petit bassin, 1 vers le cœcum. Lavage à l'eau bouillie.

Guérison.

Obs. XXVII. (M. le Méd. Pr. Billot.) 29e heure.

Héri..., 21 ans. A eu une crise de coliques localisées au côté droit du ventre en juin 1898 qu'il attribue à une ingestion d'eau froide. A gardé 10 jours le lit. N'a pas eu de vomissements. C'est un gros mangeur. Pas de constipation.

19 juin 1900. Vers 9 1/2 pendant la manœuvre, douleurs violentes. Rentré au quartier, il ne peut pas déjeuner, se couche vers 3 1/2 p.m. Vomissements bilieux dans la nuit. Envoyé d'urgence à l'hôpital mixte de Poitiers.

20 juin. Douleur vive dans la fosse iliaque droite. Point de Mac Burney très net. Pas de défense de la paroi. Côté gauche indolent. T. 39°. P. 88 plein. Pas d'anxiété respiratoire, urines normales.

Opération à 2 h. p. m.— Incision de Roux. Appendice libre, gros comme une plume d'oie. Ablation, cautérisation puis enfouissement du moignon, suture en 2 plans.

Appendice plein de matières fécales molles. Près du cœcum, muqueuse injectée sur une étendue de 2 centimètres; sur le reste, muqueuse saine. C'est donc la partie voisine du cœcum qui commençait à être malade.

Sorti le 13 juillet. Guérison.

Obs. XXVIII. (Routier.) 29e heure.

M. de V..., 28 ans. Début le 7 avril 1899 vers 3 h. Parti d'Avallon en bonne santé, pris de douleurs violentes à Laroche, arrive à Paris souffrant toujours. On lui fait prendre 2 vomitifs et le pique à la morphine le soir, à cause de l'acuité des douleurs.

Le 8 avril, à 6 heures. P. 100. N'a pas rendu de gaz, vomissements. Ventre rétracté, dur, très douloureux, surtout un peu au-dessus du Mac Burney.

Opération. — Incision sur le bord du droit. Issue de liquide louche, épiploon rouge, épais mais non adhérent.

Appendice en dehors et en avant du cœcum, turgide, de couleur vert feuille morte sur ses 3/4 libres. Un calcul stercoral dans la

partie saine qui tient au cœcum. Ablation. Résection d'un grand lambeau d'épiploon, 2 drains, 2 mèches, suture incomplète.

2 mai. **Guérison.**

Obs. XXIX. (M. le méd. pr. Billot.) 30e heure.

Grau..., 21 ans, 16 mars 1902. Début brusque vers 8 h. du matin par coliques généralisées. Il se couche. L'après-midi les douleurs se localisent dans la fosse iliaque droite. 3 selles dans la journée. Entré à l'hôpital de Poitiers.

17 mars. T. 38o. P. 100. Sensibilité exquise à la palpation, point de Mac Burney très marqué. Sensation de boudin allongé le long de l'arcade crurale. Le reste du ventre est indolent.

Opération à 2 h. 1/2. — Incision de Jalaguier. Masse épiploïque infiltrée. En la détachant de la paroi à laquelle elle adhère, il s'écoule environ une cuillerée de liquide séreux, on résèque cette masse épiploïque sous laquelle on trouve le cœcum et l'appendice adhérents au péritoine pariétal.

Ablation de l'appendice, enfouissement du moignon, drainage. Suture incomplète en 3 plans.

L'appendice examiné est gros comme le pouce vers son extrémité libre. Il contient deux gros calculs. Muqueuse boursouflée. Calibre très dilaté.

La présence de ces deux calculs parut bizarre à M. Billot, en ce sens qu'ils paraissaient anciens et qu'ils s'étaient formés sans produire aucun phénomène douloureux. Le lendemain, le malade est interrogé à nouveau sur ses antécédents; il répond très catégoriquement que sa maladie actuelle était bien la première et que jamais il n'avait eu de coliques.

Sorti le 19 avril. **Guérison.**

Obs. XXX. (Routier.) 30e heure.

D..., interne des hôpitaux, 28 ans. Le 27 février 1901, il s'est fatigué la veille, a mal dormi et, vers le matin, douleur au point de Mac Burney. Continue néanmoins son service, mais se met à la diète.

Le 28 février. Point de Mac Burney très douloureux et un peu de défense musculaire. Pas de vomissements, pas d'arrêt de gaz.

Opération. — Laparotomie sur bord du droit. Appendice libre. Ablation, thermo. Suture.

Appendice long de 12 centimètres, congestionné, plein de sérosité jaunâtre, gangréné à son extrémité.

Sorti le 17 mars. **Guérison.**

Obs. XXXI. (M. le méd. pr. Billot.) 31e heure.

R..., 20 ans. 2 juin 1901. Début brusque à 9 h. du matin par une douleur vive dans la fosse iliaque droite qu'il compare à un coup de couteau. Il avait été à la selle à 6 h. du matin. Il se couche. Dans la journée, frissons et bouffées de chaleur. Pas de vomissements. Nuit mauvaise. Envoyé d'urgence à l'hôpital de Poitiers (matin).

A l'entrée, résistance musculaire à droite. Empâtement diffus dans toute la fosse iliaque droite. Point de Mac Burney très douloureux. T. 38°6. P. 118.

Opération à 3 h. p. m. — Incision de Roux. Issue de deux bonnes cuillerées de liquide louche, inodore. Cæcum et appendice adhérents à la paroi du bassin, surtout en haut; ablation très difficile.

Appendice turgescent, gros comme l'index, long de 12 cm. Son extrémité terminale présente un renflement noirâtre, plus gros que le pouce. En l'ouvrant, on trouve une dilatation ampullaire pleine de matières fécales et sur le point de s'ouvrir par son extrémité. En amont, un retrécissement de la lumière du conduit; le reste du canal est libre. La paroi est infiltrée, la muqueuse turgescente.

Drainage, fermeture incomplète. **Guérison.**

Obs. XXXII. (Routier.) 31e heure.

Valentine R..., 18 ans. Le 3 juillet 1900, prise brusquement à 2 h. du soir de douleurs, puis de vomissements. Entre à Necker.

4 juillet. Matin T. 40°. P. 140. Pas de gaz, douleurs violentes malgré 0,10 ctgr. d'extrait thébaïque.

Le soir, malgré glace et repos, le pouls augmente et faiblit.

Opération à 9 h. du soir. — Issue de séro-pus jaunâtre. Lavage, l'appendice est gangrené près de son extrémité libre et vers son milieu, il contient une grosse boulette fécale durcie. Drains, mèches.

6 août 1900. **Guérison.**

Obs. XXXIII. (Routier.) 33e heure.

Mme M. C..., 22 ans. Prise brusquement dans la nuit du 11 au 12 oct. 1902 de douleurs vives à droite, avec vomissements.

12 octobre. Entre à Necker. T. 40°. P. 120. Ventre dur, douloureux, surtout à droite.

Opération le 13 octobre.—Laparotomie sur bord du droit. Epiploon et intestin grêle très rouges. Appendice turgide, contient du mucus sale, muqueuse moins injectée que la séreuse. Ablation. Suture.

Sortie le 9 novembre. Guérison.

Obs. XXXIII *bis*. (Walther.) 33e heure.

H..., petit garçon de 13 ans. Soigné depuis un an pour une soi-disant entérite.

9 mai 1903, pris, après-midi, de douleurs vagues dans le ventre. Embarras gastrique, 1 vomissement.

10 mai à 9 h. matin. Appendicite nette, mais d'apparence bénigne. Température normale. P. 100. Point de Mac Burney. Etat général bon. Traitement : diète hydrique, glace, opium.

Vers midi, brusquement, douleurs très vives, généralisées à tout l'abdomen. P. à 120-130.

Opération à 9 h. soir. —Laparotomie latérale. Péritonite suppurée diffuse. Cavité abdominale pleine de pus bien lié, sans traces d'adhérences. Le pus remonte jusqu'au-dessus du foie. On ne trouve pas l'appendice tout d'abord. Mais dans le petit bassin, l'épiploon infiltré adhère et, sous une masse épiploïque, on trouve l'appendice adhérent, perforé à son extrémité au centre d'une plaque de gangrène. Au niveau de cette perforation, abcès épiploïque qui s'était rompu. Résection de l'appendice. Contre-ouverture à gauche. Nettoyage à la compresse. 3 drains à droite, l'un sous le foie, le 2e transversal, le 3e dans le Douglas; 2 drains à gauche, l'un sous l'estomac, le 2e dans le Douglas.

Guérison.

Obs. XXXIV. (Routier.) 34e heure.

H... D., 24 ans. Le 2 février 1903, avant le déjeuner, il est pris de coliques subites. Déjeune néanmoins copieusement. Les douleurs s'accentuent l'après-midi. Il a une selle. Il dîne, mais la douleur, plus vive la nuit, l'empêche de dormir.

Le 3 février le matin. T. 38°7. P. 100. Glace et diète.

A 4 h. T. 39°7. P. 104.

A 6 h. T. 37°8. P. 104. Point douloureux très externe.

Opération à 9 h. — Laparotomie sur bord du droit. Liquide louche. Appendice noirâtre très adhérent en bas et en dehors sous le cæcum. Il crève et se déchire. Ablation, drains, mèches.

L'appendice contient 2 calculs ; muqueuse lie de vin avec 3 plaques de gangrène dont 2 perforantes.

2 mars 1903. Guérison.

Obs. XXXV. (M. le méd. pr. Billot.) 34e heure.

By... Ch., 24 ans. A eu une crise en 1899 avec douleurs violentes ; durée 8 jours.

17 août 1900. Début le matin par douleurs très fortes dans la fosse iliaque droite. Vomissements dans la soirée.

Envoyé d'urgence à l'hôpital mixte de Poitiers.

18 août. Facies grippé, quelques vomissements dans la matinée. Sensibilité exquise au toucher dans la fosse iliaque droite. Défense de la paroi. Point de Mac Burney très net. P. 100. T. 38°.

Opération à 3 h. p. m. — Incision de Roux. Appendice court, gros comme un gros porte-plume, relevé le long du cæcum, adhère fortement à la paroi abdominale. Il faut le sculpter pour le dégager. Ablation, cautérisation et enfouissement du moignon. Suture en 3 plans. Appendice à parois épaissies, muqueuse d'un rouge violet très foncé.

Sorti le 28 septembre. Guérison.

Obs. XXXV *bis*. (Walther.) 34e heure.

X..., 10 ans et demi, garçon. Pris le 22 novembre 1902 le matin de malaises, embarras gastrique. Température et pouls normaux.

Le 23, au matin. P. 90-100. Pas de fièvre, même état général.

A 6 h. du soir, sensibilité au point de Mac Burney, pas de ballonnement, pas de fièvre, mais P. à 110-120, petit, filant. Facies grippé, traits tirés, nausées.

Opération à 6 h. — Incision oblique à mi-distance de l'épine iliaque et de l'ombilic. Intestins un peu rouges, pas de liquide. Appendice sous-iléo-cæcal, long, enroulé en spirale, coudé par une bride, près

de son insertion cæcale. Méso falciforme, large. Résection. Drainage. A l'examen, gangrène de la muqueuse. **Guérison.**

Obs. XXXVI. (Routier.) **36e heure.**

Fanny L..., 22 ans. 12 novembre. Prise subitement le soir de douleurs dans le ventre ; vomit ; elle se purge sans résultat. Entre à Necker le 13.

14 novembre. Facies anxieux. Pouls petit, difficile à sentir et à compter. T. 38°8. Ventre ballonné, plus sensible à droite; pas de selles, pas de gaz.

Opération. — Laparotomie sur bord droit. Issue de pus non collecté. Appendice rouge vineux, gangréneux partout. Deux perforations dont une à sa base sur le cæcum qui est enfouie. Ablation, drains, mèches.

Sortie le 15 novembre 1903. **Guérison.**

Obs. XXXVII. (Routier.) **36e heure.**

B... de V., 32 ans. A toujours eu les intestins délicats ; une émotion, un refroidissement aux pieds, une fatigue lui donnaient de suite des coliques et de la diarrhée.

Le 21 décembre 1902, à 9 h. du matin, il est pris brusquement de coliques avec vomissements. Elixir parégorique, morphine.

Le lendemain T. 38°4. P. 60. Ventre dur, résistant, point de Mac Burney, pas de gaz depuis hier matin, langue humide, soif vive, malade anxieux. Le soir T. 38°2. P. 92.

Opération à 9 h. du soir. Laparotomie sur bord du droit. Issue de liquide louche abondant. Appendice parsemé de plaques de gangrène et de fausses membranes vertes. Ablation. Nettoyage à la compresse. Drains, mèches.

L'appendice contient une bonne cuillerée de sanie purulente, d'odeur fétide. Muqueuse gangrenée.

7 février 1903. **Guérison.**

Obs. XXXVIII. (Routier.) **36e heure.**

J..., 51 ans. Le 22 décembre 1901, vers le soir, pris brusquement de douleurs abdominales vagues ; sueurs froides ; vomit la nuit.

23 décembre. Point de Mac Burney se précise. T. 37°5. P. 110. N'a pas vomi, a rendu des gaz, mais tout le côté droit du ventre est en état de défense; souple à gauche et sous le foie.

Opération le 24 décembre. — Laparotomie sur bord du droit. Difficile, parce que le malade est obèse. Ouverture d'un abcès rétrocæcal dans lequel on trouve l'appendice sectionné à 1 cent. du cæcum et béant. Lavage à l'eau oxygénée. 2 drains, 2 mèches.

13 janvier. Guérison.

Obs. XXXIX. (Routier.) 36e heure.

Léon A..., 20 ans. A eu une première crise d'appendicite il y a 2 ans. Gravement malade pendant 3 mois. 2e crise en novembre 1902, dure huit jours. Entré à Necker le 2 décembre 1902 pour une 3e crise qui a débuté brusquement la veille, avec vomissements noirs, coliques intenses. T. 37°8. P. 100.

Opéré le 3 décembre. — Laparotomie sur bord du droit. Ablation de l'appendice. Suture.

Appendice congestionné, contient des fèces et du sang noir; muqueuse très hémorragique.

Sorti le 25 décembre. Guérison.

Obs. XL. (Routier.) 36e heure.

E..., 42 ans. Début 29 juillet 1902 le soir. Le 30; défense musculaire du côté droit très accentuée. Point de Mac Burney. N'a pas vomi, langue bonne, rend des gaz. T. 37°. P. 84. Glace, diète.

Opération le 31 juillet. — Laparotomie sur bord du droit. Grosse masse formée par épiploon et cœcum adhérents. Petit abcès sous-cœcal. Appendice gangrené, vert. Ablation. Lavage à l'eau oxygénée, 2 drains, 2 mèches. Guérison.

Obs. XLI. (Mouchet.) 36e heure.

Claude A... 32 ans, serrurier. Le 9 décembre 1902, vers 9 h. du soir, pris brusquement de douleurs très violentes dans la région hypogastrique sans localisation précise. Un vomissement alimentaire. Il se couche, ne dort pas, vomissements dans la nuit. Urine difficilement. Entre à Necker.

10 décembre. Douleur nettement localisée un peu au-dessus de

Mac Burney. Contracture de la paroi. A la palpation on ne sent rien de net profondément. Intestin (probablement cæcum) sonore en avant sous la paroi. Le reste de l'abdomen est souple. Pouls lent parfait. T. 37°. Nez chaud. Facies satisfaisant, respiration calme, aucun phénomène alarmant.

Opération. — Incision de Roux. Appendice descend vers le détroit supérieur, gros comme un pénis d'enfant en érection, sinueux dans sa moitié supérieure. Méso gras, épais, adhère au cæcum.

Drainage. Suture incomplète de la paroi. A l'ouverture de l'appendice, liquide sanguinolent, fétide, parois très amincies, nécrose de la presque totalité de la muqueuse. Réunion *per primam.*

Sorti le 6 janvier 1903. Guérison.

Obs. XLII. (Service du Pr. Terrier.) 38e heure.

Mas... Emile, 24 ans, opéré par M. Berger il y a 4 ans pour phlegmon de la fosse iliaque dont il guérit en 6 semaines. En 1898, nouvelle crise de coliques avec frissons, fièvre. En mars 1900, coliques avec fièvres, frissons, violentes douleurs de la fosse iliaque droite. On diagnostique : appendicite. On le purge; il guérit.

Le 26 octobre 1900 à 1 h. du matin, frissons, douleurs localisées dans la fosse iliaque droite. Vomit 3 fois.

27 octobre. P. 80. T. 38°. Défense musculaire à droite, fosse iliaque droite douloureuse à la palpation. Douleur intolérable au Mac Burney. Constipation absolue. Soif vive.

Opération à 3 h. p. m. — Incision sur le bord externe du grand droit, le muscle est œdémateux. Issue de 100 gr. environ de pus épais, d'odeur stercorale. Collection rétro-cæcale, limitée en avant et en bas par des adhérences lâches. Le cæcum présente une ulcération large comme une pièce de 2 fr. qui intéresse la séreuse et la musculeuse. Appendice adhérent, rétro-cæcal qu'on libère par dissection des adhérences. Son extrémité libre remonte jusqu'au point le plus reculé de l'abcès.

Ablation de l'appendice. Enfouissement de l'ulcération.

Les adhérences entre la face antérieure du cæcum et la paroi s'étant rompues, on constate que la cavité péritonéale contient une grande quantité de liquide roussâtre qu'on évacue.

Drainage. Suture incomplète en 3 plans. Guérison.

Obs. XLIII. (Routier.) 38e heure.

I... de P..., 14 ans. Le 3 novembre 1898 au matin, fortes coliques qui l'empêchent de se lever. Lavement. 12 selles. Le soir. T. 39°.

Le 4 matin T. 38°4. Douleur dans la fosse iliaque droite.

Le soir à 6 h. 3/4 M. Routier le voit. Langue sèche. P. 140. T. 38°2. Difficulté pour uriner, contracture des 2 droits sans localisation douloureuse au Mac Burney. Pas de ballonnement du ventre.

Opération à 10 h. du soir. — Incision sur le bord du droit. Issue d'un peu de liquide lactescent. Appendice externe rétro-cæcal gros comme l'index. On le lie au catgut et le résèque. Puis il vient un flot de liquide séro-purulent; les anses sont vascularisées. Pas de limitation; on peut voir le liquide jusque dans le petit bassin. Pas de fausses membranes, 2 drains, mèches.

L'appendice contient un noyau fécal, dans son 1/3 libre, il est largement perforé; plaques gangréneuses sur le méso. Guérison.

Obs. XLIII *bis*. (Walther.) 39e heure.

Mlle X..., 10 ans. Le 5 déc. 1903 souffre d'une légère amygdalite. Le 6, au matin, douleur légère dans la fosse illiaque droite. Etat général excellent. P. 80. T. 37°. Le soir, même état.

Le 7, matin, douleurs persistent, légères. Etat général bon, pas de fièvre. P. 100.

Le soir. T. 37°3. P. 120. Altération du facies.

Vue par notre Maître à 9 h. du soir, qui trouve les symptômes d'une intoxication suraiguë: extrémités froides, yeux excavés, langue absolument sèche. T. 37°3. P. 130, misérable.

Opération à 11 h. — Laparotomie latérale. Péritoine absolument sain; pas traces de liquide; pas la moindre rougeur. Appendice descendant, enroulé en hélice autour d'un méso falciforme. Longueur 13 c/m. Ablation. Drainage. A l'examen, l'appendice paraît sain extérieurement, mais la muqueuse est totalement gangrénée.

(L'observation sera publiée *in extenso* par notre Maître.) Guerison.

Obs. XLIII *ter*. (Walther.) 39e heure.

Mlle X..., 10 ans. Le 8 juin 1903, début dans la matinée, par douleurs et vomissements.

Vue le 9 juin à 6 h. p. m. par notre Maître : pas de sensibilité,

pas de défense musculaire. P. 120. T. 39°6 rectale. A 9 h. p. m. T. 39°8. P. 149, petit, misérable.

Opération à 11 h. p. m. — Laparotomie latérale. Pus libre dans l'abdomen ; pas d'adhérences. Appendice sous-iléo-cæcal long, coudé par un méso rétracté en son milieu. Plaque de gangrène de 3 cent. au delà du coude. Perforation.

Contre-ouverture à gauche. Nettoyage. 3 drains à droite, 2 drains à gauche.

Le 10 juin à 11 h. 1/2 p. m. **Mort.**

Obs. XLIV. (Routier.) **40e heure.**

Gustave L..., 43 ans. A eu une première crise il y a 7 mois. Soigné par glace et opium pendant 3 semaines.

29 mars 1900. Douleur intense et brusque. Entre à l'hôp. Necker.

31 mars. Ventre ballonné à droite. Point de Mac Burney très net, pouls très rapide et petit. T. 39°8. N'a pas rendu de gaz depuis deux jours.

Opération.—Incision sur le bord du droit. Gâteau formé par épiploon, anses grêles et cæcum. En dehors du cæcum, ouverture d'un abcès stercoral fétide. Lavage. Résection d'épiploon. Ligature de l'appendice difficile, se coupe sous le catgut. L'artère du méso saigne, on la pince et laisse la pince à demeure. Drains dans le petit bassin d'où vient du séro-pus. Mèches dans le foyer.

Suppuration les jours suivants. Le 10 juin. **Guérison.**

Obs. XLV. (Routier.) **40e heure.**

Anna F..., 26 ans. 11 mars 1902, le soir, douleurs vagues autour de l'ombilic.

12 mars, douleurs prédominent à droite, vomissements, ni selles, ni gaz.

13 mars, matin, arrive à Necker comme sidérée ; répond à peine aux questions. Langue sèche, faciès mauvais, ventre peu ballonné, mais état général alarmant. P. 108. T. 37°8. N'a pas rendu de gaz.

Opération à 10 h. du matin. — Laparotomie sur bord du droit. Intestins un peu injectés. En allant vers l'appendice, issue de liquide jaunâtre. Appendice libre très congestionné. Pas une adhérence dans le ventre. Ablation. Drains et mèches.

Le 11 avril. **Guérison.**

Obs. XLVI. (M. le méd. pr. Billot.) 40e heure.

Thé..., 29 ans. A eu une première crise avec vomissements en janvier 1902, durée 3 jours.

11 mars 1902. Vers 7 heures du soir, il est pris, sans cause, de douleurs généralisées à tout l'abdomen. Il se couche, s'endort, mais est réveillé deux heures après par les mêmes coliques.

Entre à l'hôpital mixte de Poitiers le lendemain, où on institue le traitement médical. T. 38°.

M. Billot le voit le 13 seulement et constate: douleur localisée à droite avec sensibilité dans tout le ventre. Point de Mac Burney très marqué. T. 36°8. P. 68.

Opération le 13 mars à 10 heures. — A l'ouverture du ventre, on tombe sur des masses épiploïques agglutinées. Cæcum légèrement adhérent; appendice collé contre le cæcum, duquel on le sépare du reste, facilement.

Ablation, enfouissement du moignon, suture en 3 plans.

A l'ouverture de l'appendice, on trouve une paroi très épaisse, une muqueuse boursouflée, mais pas d'ecchymoses.

Sorti le 29 mars. Guérison.

Obs. XLVII. (M. le méd. pr. Billot.) 40e heure.

Du... Octave, 21 ans 1/2. Première crise en septembre 1897, avec douleurs et vomissements, ayant débuté brusquement au cours d'un voyage au Hâvre. Traité par glace et opium. Guérit en une quinzaine de jours.

31 janvier 1898, après refroidissement, ressentit brusquement dans la nuit des coliques violentes, accompagnées de vomissements bilieux.

2 février, à 10 h. matin, entre à l'hôpital Saint-Martin. Souffre beaucoup, se tient courbé en deux. A la palpation, douleur diffuse généralisée à tout l'abdomen qui est contracté. Point de Mac Burney. Vomissements bilieux fréquents. Pas de fièvre. P. 120, petit.

Opération. — Incision de 15 c. sur le milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque à l'ombilic. Section des muscles. Issue d'un flot de liquide séro-purulent. Anses intestinales viennent faire hernie. Elles sont injectées et parsemées de fausses membranes adhérentes. Appendice rétro-cæcal adhérent. Isolé il a le volume du petit doigt, turgide. Méso court, friable, se coupe sous la ligature. Cautérisa-

tion du moignon au thermo. Suture de moignon qui est encapuchonné en plus par une portion voisine du méso-appendice. Réduction des anses intestinales herniées à la compresse. Lavage de la cavité abdominale avec huit litres d'eau salée stérilisée. Drainage.

L'appendice examiné est couvert de fausses membranes. La paroi, épaisse de près d'un centimètre, est friable, couleur rouge foncé. Il est vide.

3 février. Pouls et faciès mauvais.

4 février, dans la matinée. **Mort**

Autopsie.— Péritonite généralisée, viscérale et pariétale. Le petit bassin contient du liquide louche.

Obs. XLVIII. (Routier.) **40e heure.**

Constant B..., 25 ans. Début dans la nuit du 14 au 15 novembre 1902, douleurs, nausées. Il ne peut pas se lever, frissons. T. 38°8. 1 selle.

16 novembre, douleurs épouvantables. T. 39°2. P. 116.

Opération à 5 h. du soir. — Laparotomie sur bord du droit. Appendice sous-cæcal dur, gros, noirâtre et couvert de plaques vertes, muqueuse gangrénée presque perforée par places.

Sorti le 12 décembre. **Guérison.**

Obs. XLVIII *bis.* (Walther.) **40e heure.**

Mlle X..., 10 ans. Vue le 7 janvier 1904 à 11 h. du soir par notre Maître. Le début des accidents remontait à 40 heures.

Elle présentait : T. 40. P. 140 petit, filant, langue sèche, respiration très rapide, anxieuse, yeux excavés. Etat général alarmant.

Opération immédiate. — Laparotomie latérale. Issue de liquide séro-purulent. Pas traces d'adhérences. Liquide autour du cæcum et dans le petit bassin. En soulevant le cæcum, flot de pus infect.

Appendice libre, perforé au niveau d'une plaque de sphacèle correspondant à un gros calcul stercoral; méso falciforme.

Résection. Nettoyage de la cavité de Douglas. 2 drains.

Le lendemain, la température tombe à 37° et ne se relève plus.

Guérison.

Obs. XLIX (M. le méd. pr. Billot.) **41e heure.**

Bon... Jean, 22 ans. A eu en juin 1899 une crise de coliques très violentes durant deux jours.

14 décembre 1899, réveillé brusquement le matin par une dou-

leur abdominale sans localisation spéciale, qui persiste toute la journée. Une selle dans la journée.

15 décembre, après une nuit calme, il peut se lever; mais dans l'après-midi, la douleur réapparait et vers six heures, vomissements bilieux. Il se couche. Le médecin constate un empâtement en boudin dans la fosse iliaque droite. Ventre douloureux. Point de Mac Burney très net; pas de fièvre. P. 96.

Opération à 10 h. du soir par M. Billot. — Incision de Roux. Appendice plonge dans le petit bassin, fixé par des adhérences épaisses et charnues qu'il faut rompre pour l'extraire. Du volume d'un gros porte-plume, son extrémité présente des points de sphacèle. Quelques fausses membranes sur les anses intestinales, liquide louche dans la profondeur. Ablation. Enfouissement du moignon dans la paroi cæcale. Drains et mèches.

L'appendice examiné est vide, muqueuse ramollie. Lésions de sphacèle total à l'extrémité distale.

Les jours suivants, amélioration progressive, sauf que le malade n'urine pas seul. On est obligé de le sonder.

10 janvier. Rétention d'urine persiste. Se plaint de douleurs autour de l'anus. En l'examinant, on trouve au côté droit de l'anus un léger gonflement résistant. Un coup de bistouri ouvre une collection contenant une grande cuillerée à bouche de pus bien lié qui vient de la profondeur. Drainage. Quelques jours après, le malade urine seul.

Sort guéri en février 1900. **Guérison.**

Obs. L. (Routier) 41e heure.

I. — Céline E..., 20 ans. A eu une première crise il y a 2 ans au cours d'une grossesse ; une 2e crise douteuse il y a 2 mois (soignée à l'hôpital Necker).

Le 7 octobre 1899, à 4 heures du soir, crise douloureuse et vomissements.

Le 9 octobre le matin, ventre ballonné sans défense musculaire, langue sèche, pouls filiforme à 130. Douleurs vives. N'a pas rendu de gaz depuis hier.

Opération. — Incision sur bord du droit. Issue de bouillon sale, épiploon épais, rouge, non adhérent. Anses intestinales rouges, parsemées de plaques vertes. L'appendice est senti sous le cæcum mais

on ne peut pas le libérer; on l'abandonne. Lavage. 3 gros drains, mèches.

25 octobre. La plaie abdominale va bien, mais on sent dans le cul-de-sac vaginal postérieur une tuméfaction dure et douloureuse.

26 octobre. Ouverture du cul-de-sac postérieur et issue d'un gros verre de pus, bien que l'abcès se fût ouvert dans la nuit dans le rectum. Lavage, drains.

8 novembre. Ablation des drains vaginaux. La malade ne veut pas se laisser enlever son appendice à froid.

Sortie le 15 novembre. **Guérison.**

II. — 16 janvier 1900. Nouvelle crise douloureuse avec vomissements. Rentre dans le service du Dr Cuffer dans la nuit du 17 au 18.

18 janvier 1900. Ventre ballonné très douloureux. T. 39°. P. 120. N'a pas rendu de gaz depuis le 16.

2e *Opération.* — Incision sur la cicatrice ancienne. Issue de bouillon sale et de pus.

On tombe sur un paquet formé d'épiploon et d'anses intestinales adhérents. On décolle les adhérences jusqu'au petit bassin. Lavage. L'appendice, rétro-cæcal, est libéré avec peine et extirpé. Ulcération de la muqueuse. 2 gros drains, 2 mèches.

Le 10 février. **Guérison.**

Obs. LI. (Routier.) **43e heure.**

Mme B..., 50 ans. Déjà opérée en janvier pour cancer utérin, par M. Routier.

Le 6 juillet 1900, prise brusquement vers 2 h. du matin de douleurs abdominales vagues peu localisées au Mac Burney. A 2 heures du soir, pas de défense. Point net. Pas de gaz depuis 12 heures. T. 37°. P. 70. Glace diète. A 7 h. 1/2, point douloureux exquis. T. 38°6. P. 106.

Le 7 juillet, le matin, a rendu des gaz. T. 37°6. Douleur persiste. A 5 h. T. 39°2. P. 116. Moins de douleur, mais on sent une tumeur.

Opération à 9 h. — Incision sur le bord du droit. Cæcum épaissi, œdémateux, couvre tout. Appendice sous-cæcal fusionné avec lui. Isolement difficile à cause des fausses membranes qui le recouvrent.

2 août 1900. **Guérison.**

Obs. LII. (Routier.) **43e heure.**

Mme M. L., 36 ans. 11 avril 1899, début à 10 h. du soir par coli-

ques, après constipation de quelques jours. Pas de vomissements.

12 avril. Douleur se précise très violente à Mac Burney avec irradiation à l'ombilic et à gauche. P. 104. T. 38°2. Pas de ballonnement, a rendu des gaz, pas d'hyperesthésie de la paroi.

Opération à 5 h. du soir. — Incision à travers le droit. Issue de séro-pus roussâtre, abondant. Epiploon et intestins vacularisés.

Appendice vient tout seul, turgide, rouge, avec plaques feuille morte. Ablation. 2 drains. 2 mèches.

Guérison.

Obs. LIII. (Routier.) 43e heure.

Louise B..., 27 ans. 29 octobre 1902, à 2 h. du soir, violentes douleurs dans la fosse iliaque droite avec vomissements.

30 octobre. Entre à Necker. T. 37°6. P. 96. Ne vomit pas, mais Mac Burney très net. Pas de gaz.

Opération. 31 octobre.— Laparotomie sur bord du droit. Intestins rouges.

Appendice long, congestionné, contient matières noirâtres. Piqueté hémorragique. Ablation. Suture.

Sortie le 18 novembre. Guérison.

Obs. LIV. (Routier.) 44e heure.

A. de N..., 5 ans. Le 22 avril 1897, pris brusquement au cirque, à 5 h. du soir, de douleurs dans la fosse iliaque droite. Passe une bonne nuit.

Le 23, vomit sans s'arrêter, du réveil jusqu'à midi. P. 120, T. 37°8. Douleurs au point de Mac Burney. Pas de défense musculaire.

Vu le 24 à 11 h. par M. Routier. Facies grippé, ventre douloureux, très forte défense musculaire. T. 37°6. P. 140. Urines normales. Pas de gaz depuis 30 heures.

Opération à 1 h.— Incision sur le bord du droit. Issue de liquide louche (un verre environ) avec fausses membranes vertes. Epiploon induré, adhérent. Appendice rouge, turgide, avec une perforation à 1 centimètre de l'extrémité libre. Large plaque verte sur le cæcum. Ablation. 2 drains, 2 mèches.

Appendice obturé à 1 centimètre du cæcum par un calcul très dur.

Guérison.

Obs. LV. (Routier.) 44e heure

Mlle S. C..., 18 ans, 31 juillet, dans la soirée, douleurs à droite, après un ou deux jours de fatigue et diarrhée.

1er août. Va mieux, déjeune, mais le soir douleurs plus vives. Nuit mauvaise. Pas de gaz, douleurs très vives.

2 août. T. 37°. P. 92. Point de Mac Burney très accusé. Défense musculaire. Pas de gaz.

Opération à 5 h. — Laparotomie sur bord du droit. Appendice sous-cæcal rouge, sans adhérences. Ablation. Suture. Muqueuse ecchymotique. Guérison.

Obs. LVI. (Routier). 45e heure.

Dr P..., 29 ans. A eu déjà une première attaque.

Le 30 mai 1899, le soir, début brusque par douleurs et vomissements; prend de l'huile de ricin qu'il vomit.

31 mai. Point de Mac Burney douloureux, ventre souple à gauche, dur à droite. P. 92. Pas de température. A rendu des gaz, demande à être opéré séance tenante.

Opération à 5 h. 1/2. — Incision sur le bord du droit. Appendice coiffé par épiploon, court, gros, dur en dedans, du cæcum. Ablation. Un gros drain. 22 juin. Guérison.

Obs. LVII. (Routier). 45e heure.

H. D... 18 ans. Le dimanche 30 mai 1897 a dîné en ville, est rentré au collège avec quelques douleurs abdominales.

Lundi 31 mai, 40 gr. d'huile de ricin sans résultat. Douleurs excessives, syncopes le soir.

Vu par M. Routier le 1er juin à 4 h. du soir. Depuis le matin il a beaucoup vomi, langue blanche, ventre dur, douloureux au point de Mac Burney, ballonné. Miction difficile. Pas de gaz depuis 24 heures. P. 104.

Opération à 5 h. — Incision sur le bord du droit, issue de sérosité, parsemée de plaques verdâtres et de pus jaunâtre. Anses libres, rouges. Epiploon épaissi. Appendice congestionné, turgide, libre. Ablation, 3 drains.

A la coupe, l'appendice est rempli de liquide noir à odeur gangréneuse et un calcul stercoral gros comme une noisette.

Suites difficiles. Guérison.

Obs. LVIII. (Routier). 45e heure.

Marie F..., 29 ans. Début 16 juillet 1895 par douleurs, ballonnements du ventre, contracture de la paroi à droite; pas de vomissements.

Opération le 18. — Laparotomie sur bord du droit. On trouve de la péritonite adhésive. Epiploon épaissi, collé à la paroi abdominale. Surface du cæcum rouge, couverte de fausses membranes. L'appendice, congestionné, turgide, est réséqué. Il est plein de matières fécales jaunes, très fétides. Ligature à la soie, cautérisation au thermo du moignon, suture au crin.

Suites normales. Guérison.

Obs. LIX. (Routier.) 46e heure.

Mme B..., 29 ans. Le 20 octobre 1898 prise brusquement de douleurs à droite avec hyperesthésie cutanée; vomissements bilieux 4 à 5 fois. T. 37°5.

21 octobre. Meilleur état général. Vomissements ont cessé.

22. Le mieux se maintient. T. 37°4. P. 120, mais point de Mac Burney net, contracture des droits. Ventre souple à gauche.

Opération chez la malade à la campagne. — Incision sur bord du droit. Appendice très difficile à trouver, long de 11 à 12 centimètres plus gros que le médius, à méso charnu, couvert de plaques feuille morte. Epiploon adhérent, enflammé.

Ablation. 2 drains, 2 mèches. Guérison.

Obs. LX. (Routier.) 46e heure.

Edmond F..., 23 ans. A eu des crises répétées depuis 8 ans.

Le 11 janvier 1899, a été repris de douleurs. T. 39°6. P. 90.

Visage anxieux. Affirme avoir rendu des gaz.

Le 12, la douleur ne paraît pas plus nette, mais n'a pas rendu de gaz depuis la veille au soir. Ventre en bois. Mac Burney net.

Opération à midi. — Incision sur le bord du droit. Issue de liquide jaune, cæcum recouvert de fausses membranes qui se détachent facilement. Appendice couché le long de la paroi inférieure du cæcum. Entre les deux, pus infect. Appendice congestionné, muqueuse ecchymotique. Ablation. 2 drains, 2 mèches. Suture incomplète. Guérison.

Obs. LXI. (Routier.) 48e heure.

D... femme P... 48 ans. Début 12 juin 1900 par douleurs vives. Prend 2 verres d'Hunyadi Janos. Vomit et a une garde-robe.

Le 13. Douleurs augmentent, glace.

Le 14. P. 100. Ventre dur à droite, rien aux organes génitaux. Masse dure, peut-être fluctuante, très bas près de l'épine iliaque.

Opération. — Incision sur le bord du droit. Ouverture d'un large abcès sous-cæcal. Lavage à l'eau oxygénée. Le pus gangréneux infect n'est pas limité. Les anses grêles sont tout le temps dans la plaie.

Appendice sous-cæcal, perforé par gangrène à son tiers externe, se coupe par catgut. Drains et mèches.

10 juillet. Guérison.

Obs. LXII. (Routier.) 48e heure.

H. L... 10 ans. Le 29 novembre 1900 à 3 heures de l'après-midi, se couche avec douleur dans la fosse iliaque droite, vomit dans la soirée et dans la nuit; a été purgé la veille.

1er décembre. Aspect bon, langue humide. T. 38°5. P. 92. Ventre souple, mais à droite on sent une tumeur. Douleurs vives au Mac Burney.

Opération. — Laparotomie sur bord du droit. Cæcum adhérent. Appendice fusionné avec le cæcum et pus entre les deux. Décortication très pénible de l'appendice qui est perforé en 2 endroits. Ligature au ras du cæcum. 2 drains, mèches. Guérison.

Obs. LXIII. (Routier.) 48e heure.

Marie M..., 25 ans. Début le 1er avril 1902, brusquement, par douleurs vives; vomit de la bile. Diète et glace.

2 avril. T. 39°. P. 120. Ventre souple, sauf près de l'arcade.

Opération. 3 avril. — Laparotomie sur bord du droit. Gros abcès fétide. Lavage à l'eau oxygénée. Appendice perforé près du cæcum, difficile à avoir. Ablation, 3 drains, 3 mèches.

6 mai. Guérison.

Obs. LXIV. (Routier.) 48e heure.

Jeanne C..., 22 ans. Il y a six mois, première crise douloureuse dans le ventre.

29 mai 1902, prise de douleurs violentes, à crier.

31 mai. Entre à Necker. Ventre en bois à droite, souple à gauche. T. 36° 5. P. 80. N'a pas vomi. Langue collante.

Opération. — Sous l'anesthésie, tout le ventre est souple. Laparotomie sur bord du droit. Epiploon et cæcum congestionnés. Appendice en érection, adhérent par son extrémité. Ablation. 1 drain, 1 mèche.

20 juin. Guérison.

Obs. LXV. (Routier.) 48e heure.

Mme R..., 34 ans. Début dans la nuit du 22 au 23 octobre 1902, par vomissements, douleur haute.

24. Facies bon. T. 39°. P. 110. Ventre souple.

Opération à 10 h. et demie du soir. — Laparotomie sur bord du droit, haute. Intestins rouges, cæcum distendu. Appendice très long, 14 à 16cent.

Issue d'un peu de liquide. Drains.

Sortie le 15 novembre 1902. Guérison.

Obs. LXVI. (Routier.) 48e heure.

Marguerite M..., 27 ans. Première crise en septembre 1902. Coliques généralisées. Elle garde le lit pendant 3 jours.

2e crise de deux jours un mois après.

Entre le 4 décembre 1902 pour une 3e crise. Douleur d'abord violente au point de Mac Burney, puis généralisée, pas de vomissements, pas de ballonnement. Langue bonne. P. 80. A rendu des gaz.

Opération le 5 décembre. — Sous l'anesthésie le ventre est soulevé à droite par une tumeur qu'on ne voyait pas la veille. Laparotomie sur bord du droit, sur la tumeur. Issue de pus fétide, abondant, mal enkysté. Lavage. Appendice gros, perforé. Ablation, drains, mèches. Appendice épais, muqueuse tomenteuse, ecchymotique.

Sortie le 30 décembre. Guérison.

Obs. LXVII. (Routier.) 48e heure.

Dr M..., 30 ans. Le 23 mars 1903, vers midi, a senti une légère

douleur dans le ventre; a pris un sel purgatif. Selle dans la nuit. Glace, diète lactée. T. 36°8. P. 76.

Le 24 mars. Ventre souple à gauche, légère défense à droite. Point de Mac Burney bas. A rendu des gaz. C'est si léger que M. Routier conseille la diète et l'expectation.

Le 25. Il a souffert cette nuit. T. 38°. P. 92.

Opération à midi. — Laparotomie sur bord du droit. Appendice en tire-bouchon, rouge, lie de vin, 2 plaques de gangrène; un peu de liquide louche autour. Ablation. Drains, mèches. La muqueuse de l'appendice est entièrement sphacélée.

27 mars. T. 36°8. P. 76. Ablation des 2 mèches.

28 mars. Raccourcissement des drains.

29 mars. Suppression des drains qui étaient tombés.

30 mars. Purgation.

1er avril. Ablation des sutures. Guérison.

8 avril, mort subitement d'embolie. Mort.

Obs. LXVIII. (Routier.) 48e heure.

L. J..., 13 ans. 7 mai 1903. Début par douleurs généralisées. Purgations répétées.

8 mai, matin. T. 39. P. 120. Glace, diète. Soir. T. 40°. P. 140.

9 mai, matin. Vu par M. Routier. T. 40. P. 140. Subictère, ventre ballonné. Douleur généralisée et très vive au Mac Burney et aussi à gauche. Pas de gaz.

Opération à 4 h. 1/2. — Laparotomie sur bord du droit. Issue de sérosité louche, fausses membranes vertes. Appendice perforé, plaques de gangrène. Lavage à l'eau oxygénée. A mesure qu'on sépare les anses, il vient du pus nouveau.

Contre-incision symétrique à gauche, séro-pus abondant, surtout en remontant sous l'estomac. Nouveau foyer dans la moitié gauche du petit bassin. 2 gros drains. De chaque côté mèches.

19 juin, plaies presque cicatrisées, mais ballonnement du ventre dès qu'on l'alimente. Commence à engraisser. Sort le 25 juillet.

En août, crise d'occlusion intestinale par bride opérée par M. Delbet. Guérison.

Obs. LXIX. (Routier.) 48e heure.

Mlle S. C..., 12 ans. 10 novembre 1903. Douleurs abdominales; dîne néanmoins.

11 novembre. Douleurs plus vives, ventre dur, défense à droite.

Point de Mac Burney douloureux. Vomissements, langue bonne. T. 37°8. P. 120.

Le 12. *Opération.* —Laparotomie sur bord du droit. Issue de sérosité louche. Appendice sous-cæcal, tordu, serré. Ablation. Suture.

Appendice long, dont les 2/3 externes sont pleins de matières fécales et de sang, séparés par la torsion du 1/3 adhérent qui est ecchymotique.

24 novembre. Guérison.

Obs. LXX. (Routier.) 48e heure.

Mlle E. de B..., 11 ans. 6 décembre, début par frissons, douleurs abdominales, vomissements. T. 38°2. Traitement : repos, diète.

8 décembre. A vomi malgré une bonne nuit, ventre souple. Peu de douleur à la pression à Mac Burney. On ne sait si elle a rendu des gaz.

Opération.— Laparotomie sur bord du droit. Cæcum plein de scybales. Appendice sous-cæcal, rouge, en érection. Ablation. Suture.

L'appendice contient du sang et des matières fécales. Sa muqueuse est totalement hémorragique et gangrénée par places.

29 décembre. Guérison.

Obs. LXXI. (M. le Méd. pr. Billot.) 48e heure.

B. Alexis, 28 ans. 19 octobre 1903. Pris brusquement à 4 h. p. m. de coliques violentes, d'abord généralisées, puis localisées dans la fosse iliaque droite. Vomissements dans la nuit. Evacué sur l'hôpital de Verdun.

22 octobre, à 10 h. Voussure de la région de la fosse iliaque droite avec défense de la paroi. Sensibilité très vive, limitée. A la palpation, boudin très net, allongé dans le sens de l'arcade crurale.

Opération à 4 h. du soir. — On tombe sur une masse épiploïque collée sur l'appendice et un abcès renfermant un demi-verre à madère de pus séreux, sans odeur. Appendice court, gros, turgescent, entouré d'adhérences fragiles. Ablation, enfouissement du moignon, résection de toute la portion adhérente d'épiploon. Drainage.

L'appendice, ouvert, a ses parois infiltrées. Sa muqueuse, absolument ramollie sur toute sa longueur, est sphacélée par places, folliculite intense.

Sorti le 18 novembre. Guérison.

II. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES QUAND LA PÉRIODE D'OPÉRABILITÉ PRÉCOCE EST PÉRIMÉE

I. — NOTIONS GÉNÉRALES.

Nous avons vu précédemment que, dans 1/10 à peine des cas aigus, le chirurgien était appelé assez tôt pour opérer dans les délais stricts de précocité. Ce chiffre augmentera, nous en sommes persuadé; mais, pour l'heure, il nous faut constater que dans 9/10 des cas le chirurgien est appelé à soigner le malade après le 2e jour.

Quelle va être sa ligne de conduite? C'est là le fond des discussions qui ont divisé et divisent encore les chirurgiens.

Un coup d'œil rapide jeté sur l'évolution accomplie par la chirurgie de l'appendicite aiguë nous a permis de constater la déchéance des formules absolues, et leur remplacement par *l'intervention raisonnée* ou *l'opportunisme*. L'examen du graphique tracé à l'aide de nombreuses observations nous montre, si défectueuses que soient les statistiques, que la mortalité la plus grosse est fournie par les cas opérés du 3e au 9e jour de la maladie. De cette constatation on peut déduire *qu'il y a avantage à ne pas opérer pendant cette période* et comme c'est précisément à cette période de la maladie que le chirurgien observe les 9/10 des cas aigus *à ne pas opérer immédiatement sitôt le diagnostic posé et dans tous les cas.*

1. — ARGUMENTS STATISTIQUES

Grâce à de nombreux documents statistiques nous allons essayer d'étayer cette ligne de conduite générale.

1° Résultats de l'intervention immédiate.

Le professeur R. F. Weir nous écrit que, dans les derniers cent cas opérés de la 36e heure au 4e ou 5e jour après le début, la mortalité fut un peu supérieure à 16 %.

J.-B. Deaver (1), pour 279 cas *aigus* opérés à chaud au German Hosp. de Chicago, en 1901, a 43 décès, soit 15,3 %.

Gilbert Barling (2), de Birmingham, dans une statistique de 143 cas opérés au General Hosp. à chaud, relève 17,5 % de mortalité.

W. J. Mayo (3), de Rochester, Min., opérant tous les cas à leur entrée, note environ 15 % de mortalité.

Homer Gage, Worcester, Mass., sur 300 cas d'appendicite opérés depuis octobre 1901, dont 240 au cours de la période aigue, a 35 décès, soit 15 %.

Le professeur Sprengel (de Brunswick), réunissant, au Congrès allemand de chirurgie de 1902, ses cas à ceux de Sonnenburg, Riedel, Rehn, et de Schnitzler, a pu rassembler 516 cas, d'après lesquels l'opération à chaud donne 19,7 % de mortalité.

Examinons maintenant quelques statistiques des chirurgiens français, telles qu'elles ont été publiées au cours de la discussion sur l'appendicite à la Société de Chirurgie de Paris de 1902.

Notre Maître Routier (4), dans sa statistique qui s'étend du 1er mai 1898 au 1er mai 1902, compte 376 opérés avec 28 décès, soit en bloc 7 % de mortalité ; mais si on retranche 174 cas observés et opérés à *froid*, il reste 202 cas aigus, observés à chaud et opérés immédiatement, avec 28 morts, soit 14 % environ.

(1) *Jour. A. M. A.* Chicago, 1902.
(2) *Brit. Med. Jour.*, janv. 1903.
(3) *Jour. A. M. A. Chicago*, décembre 1902.
(4) *Bullet. de la Soc. de Chirurgie*, décembre 1902.

Le Dr Tuffier, sur 63 appendicites opérées systématiquement après les 36 premières heures, a 10 décès, soit 16 %.

En totalisant, on arrive à plus de 1.500 opérations avec une mortalité supérieure à 16 %.

Il nous faut dire cependant que, parmi les statistiques qui nous sont parvenues, il en est dont le pourcentage de décès est inférieur aux chiffres précédents.

M. le médecin principal de 1re classe Billot, sur 10 opérations faites du 3e au 13e jour, n'a pas un seul décès ; 3 malades traités médicalement (refus d'opération) ont donné 2 décès.

Le Dr Témoin, de Bourges, dans sa statistique antérieure à novembre 1902 (1), relève 19 morts sur 160 opérations à chaud après les premières 24 heures.

Dans une statistique récente qu'il vient de nous envoyer et qui comprend 212 cas opérés depuis novembre 1902, en déduisant 55 cas opérés dans les premières 48 heures, il reste 157 cas opérés immédiatement, avec 6 décès.

En totalisant, on obtient 317 cas avec 25 décès, soit un peu moins de 8 %.

Néanmoins, malgré ces résultats si favorables, et en tenant compte aussi de statistiques plus petites que nous ne rapportons pas, pour ne pas allonger outre mesure ce chapitre, nous pouvons dire que *la mortalité par la méthode d'intervention immédiate est d'environ 15 %.*

2° Résultats de l'intervention raisonnée.

Passons maintenant en revue quelques-unes des statistiques de chirurgiens opportunistes, puis, ce qui est plus concluant, les résultats obtenus par un même chirurgien ayant été interventionniste d'abord, opportuniste ensuite.

Dans le premier groupe, nous trouvons :

(1) *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1902.

Notre Maître WALTHER (statistique communiquée à la Société de chirurgie) (1) a opéré de 1900 à 1902 (15 novembre) 203 appendicites qui se décomposent comme suit :

Appendicites opérées à froid après crise légère et appendicites chroniques.....	106.	Morts : 0
Appendicites aiguës graves : 97 cas, sur lesquels on a pu refroidir et opérer à froid.....	74	— 0
Appendicites opérées d'urgence ou à chaud..	23	— 8

De novembre 1902 à ce jour (avril 1904), notre Maître a opéré :

1° *En Ville.* — 128 appendicites qui se décomposent comme suit :

Appendicites chroniques.....	50.	Morts : 1 (embolie).
— opérées à froid après crises subaiguës.....	46	— 0
— opérées à froid après crises graves (péritonites diffuses ou étendues).....	20	— 0
— opérées d'urgence en pleine péritonite.. ..	11	— 4
— à chaud (abcès).....	1	— 0

2° *A l'Hôpital.* — Nous avons relevé nous-même les chiffres dans le registre d'opérations et, sauf erreurs de notre part — car le registre ne donne que de très brèves indications sur l'état antérieur et que nous n'avons pas eu le temps de le contrôler par l'analyse des observations *in extenso*, — nous trouvons 100 cas dont :

Appendicites opérées à froid après crise légères, subaiguës, ou chroniques.....	38	Morts : 0
— avec lésions annexielles ou autres	37	— 2
— opérées à froid après crises aiguës graves.....	19	— 0

(1) *Bull. de la Société de chirurgie*, novembre 1902.

Appendicites opérées d'urgence en pleine péritonite ou à chaud (1 abcès).....	6	— 2

En totalisant ces chiffres, nous obtenons 431 opérations avec 17 morts, soit une *mortalité globale de 4 %*. Mais si nous ne tenons compte que des appendicites aiguës graves avec péritonite diffuse, ou étendue, nous trouvons 154 cas dont : *113 cas opérés après refroidissement sans un seul décès, 41 cas opérés d'urgence à chaud ou à tiède avec 14 morts*, soit pour ces 154 cas une mortalité de *9 %*.

Le Dr Ochsner, au 53e Annual Meeting de la Med. Ass. de Chicago, opposait aux 416 cas de Deaver opérés immédiatement, 416 cas opérés par lui en 1 an 1/2 à l'Augustina Hosp. de Chicago sur lesquels :

153 cas subaigus ou chroniques avec 2 morts (1 mort de broncho-pneumonie, 1 par urémie, avait été néphrectomisé en même temps).

236 cas aigus auxquels il a appliqué sa méthode de temporisation et qu'il a opérés à froid avec 10 morts, soit *4.2 %*.

Sur ces 10 morts, aucun n'avait été opéré dans les 36 premières heures de la crise.

Le Dr Jalaguier, dans ses deux statistiques produites à la Société de chirurgie en novembre 1902, relève 241 appendicites observées en pleine crise aiguë et non opérées d'emblée ; mais consécutivement à froid, avec 7 morts, soit *3 %*.

Le Dr Reynier, réunissant ses statistiques de 1900 et de 1902, trouve 184 appendicites aiguës avec 13 morts ; mais il faut défalquer 7 malades opérés dans son service par des chirurgiens du bureau central très interventionnistes qui ont donné 4 morts.

Il reste donc 177 malades aigus, vus en pleine crise, sur lesquels 111 ont pu être opérés à froid, sans décès, et 66 opé-

rés à chaud (abcès localisés, etc.) ou d'urgence avec 11 morts, au total une mortalité de 6,5 %.

En réunissant ces statistiques de *crises aiguës* d'appendicites traitées par le refroidissement et opérées la plupart à froid, on obtient 816 cas avec 43 décès, soit une mortalité de 5 % *environ*.

Dans le second groupe, nous allons examiner les résultats de quelques chirurgiens qui ont employé successivement ou simultanément les deux méthodes.

Notre Maître Broca, de 1892 à 1895 inclus, a opéré à l'hôpital Trousseau 87 appendicites de toutes variétés, immédiatement à leur entrée à l'hôpital, avec 22 décès, soit une mortalité de 23 % environ.

De 1897 à 1902 (novembre), notre Maître, ayant appliqué la ligne de conduite qu'il exposait au Congrès de Bruxelles de 1902, a vu 226 cas *aigus*, en pleine crise, dont :

1° 45 en ville avec 4 morts, soit *8,04* %.

Sur ces 45 malades, 27 ont été refroidis et opérés à froid.
9 opérés d'urgence, 9 à chaud secondairement.

2° 181 à l'hôpital avec 24 morts, soit *13,2* %.

Sur ces 181 malades, 101 ont pu être refroidis, 33 opérés d'urgence et 47 à chaud secondairement, dont 17 dès le lendemain de l'admission.

En totalisant, on trouve 226 opérations avec 28 décès, soit près de *12* %, pourcentage élevé, mais qui s'explique par ce fait que notre Maître a un service de chirurgie infantile et l'on sait la gravité de l'appendicite chez l'enfant.

C'est ainsi que, dans cette statistique, sur les 42 opérés d'urgence, 21 présentaient des péritonites généralisées et étaient opérés presque *in extremis;* ils ont donné 18 décès et 3 guérisons.

Une statistique surtout est intéressante et constitue à elle

seule l'argument le plus décisif en faveur de l'intervention raisonnée, c'est celle que le professeur SONNENBURG a bien voulu nous envoyer.

Cette statistique comprend, en outre de celle publiée dans son rapport au Congrès de Bruxelles de 1902, tous les cas d'appendicite observés jusqu'en mars 1903.

Statistique des cas d'appendicite traités dans les trois dernières années à l'Hôpital Moabit, à Berlin.

DU 1er JUILLET 1900 AU 1er MARS 1903 (I-III)

Cas d'appendicite..... **677**
Intervention chirurgicale dans cas..... **573**

	Nombres	Guérisons	Décès	MORTALITÉ
I. *Opérations à chaud*.....	**218**	**180**	**38**	17,5 %.
A. Intervention hâtive dans les premières 48 heures..	21	17	4	
a. Péritonite envahissante généralisée, septique ou suppurée, appendice gangrené.....	17	13	4	
b. Péritonite circonscrite suppurée. Appendice perforé.....	4	4	0	
c. Appendicite aiguë simple sans péritonite.....				
B. Intervention chirurgicale à partir du 2e jour ou plus tard.....	197	163	34	
a. Péritonite envahissante généralisée, septique ou suppurée, appendice gangrene.....	23	7	16	
b. Péritonite circonscrite suppurée. Appendice perfore.....	174	156	18	
II. *Opérations à froid*.....	**355**	**351**	**4**	1,2 %. Une embolie, 3 ileus.
I + II.....	**573**	**531**	**42**	= 7,3 %.
III. *Traitement non opératoire*.....	**104**	**90**	**14**	= 13,0 %.

On remarque dans cette statistique que sur les 573 cas opérés :

218, soit 38 °/₀, opérés à chaud, donnent 38 décès, soit 17,5 °/₀.
355 — 62 °/₀ — à froid — 4 1,2 °/₀.

Soit une mortalité opératoire globale de 7.3 °/₀.

Comparons maintenant ces résultats *opératoires* à ceux obtenus par le même chirurgien les années précédentes :

Années.	Total.	A chaud.	A froid.	Mortalité.
1890-97	208.....	175 (84 °/₀)....	33 (16 °/₀)...	18,7 °/₀
1897-00	542.....	336 (62 °/°)....	206 (38 °/₀)...	10 °/₀
1900-03	573.....	218 (38 °/₀)....	355 (62 °/₀)...	7,3 °/₀

Si mince que soit la valeur des statistiques, on ne peut pas nier l'importance de ces chiffres.

Le Dr Michaux déclarait à ce même Congrès de Bruxelles que, pendant la période où, radical, il opérait systématiment tous les cas, immédiatement sa mortalité était voisine de *18* °/₀.

Depuis qu'il est revenu à la temporisation raisonnée, cette mortalité ne dépasse plus *8* °/₀.

Le Dr Guinard (1) a présenté à la Société de chirurgie une statistique fort intéressante comprenant 164 observations. Si nous éliminons 47 cas d'appendicites chroniques ou légères opérées à froid, il nous reste 117 cas d'appendicites aiguës qu'on peut diviser en deux séries :

1° Une série de 53 cas aigus et suraigus, opérés de parti pris, immédiatement en pleine crise, dont :

40 cas aigus avec 9 morts, soit 22,5 °/₀.
13 — suraigus — 8 — 61,5 °/₀.

2° Une série de 64 malades, vus en état de crise aiguë, et

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, déc. 1902.

sur lesquels *volontairement* la temporisation a été tentée, avec 5 décès, soit 7,8 %.

La différence est par conséquent de près de 15 %.

En résumé, des statistiques rapportées ci-dessus et de toutes celles que nous avons analysées, nous pouvons conclure (en nous basant sur près de 2.000 résultats) que la temporisation et l'intervention au moment opportun donnent une mortalité moitié moindre (: : 15 : 8) que la méthode de l'opération immédiate et systématique.

2. — ARGUMENTS TIRÉS DE L'ÉVOLUTION DE L'APPENDICITE

« Nous savons d'une manière certaine, dit Talamon (1), que 90 à 95 fois sur 100 l'appendicite guérit d'une façon plus ou moins complète sans intervention du bistouri, ce qui prouve que, au moins *quoad vitam*, le pronostic immédiat n'est pas très grave et qu'on peut attendre. »

Ne retenons de cet aphorisme que ce qui a trait à l'évolution normale de l'appendicite vers la guérison et voyons *sur cent cas de crises aiguës qualifiées, plus ou moins graves, combien on peut en refroidir et en opérer à froid.*

Le professeur Roux nous répond : « Presque toutes, surtout quand les médecins du pays ne font pas tout ce qu'il faut pour aggraver la situation d'avance. » C'est à peine, nous écrit-il, s'il intervient d'urgence 1 fois sur 200 cas.

Reprenons quelques-unes des statistiques qui donnent des indications sur ce point.

Notre Maître Broca, sur 226 malades, en refroidit 128, soit..... 56 %.

Notre Maître Walther, sur 154 malades gravement atteints, en opère 113 à froid, soit..... 73 %.

Le Dr Reynier, dans sa première statistique de 99 cas (1900), refroidit 59. Dans sa seconde statistique de 85 cas, 52 ont pu

(1) Talamon. Appendicite et Périty phlite. 1892.

en être refroidis et opérés *à froid;* au total, sur 184 cas, 111 malades opérés à froid, soit..... 60 %.

Le Dr Guinard, sur 64 cas aigus, en a refroidi et opéré à froid 35, soit environ..... 55 %.

En totalisant ces chiffres, nous obtenons 628 malades aigus sur lesquels 387 ont été refroidis et opérés à froid (avec 2 morts), *soit plus de 60 %* et c'est là un minimum, car nous n'avons tenu compte que des cas aigus sérieux et même très graves, et non pas de cas subaigus ou de crises légères.

Fred. Lloyd (de Londres), des recherches statistiques auxquelles il s'est livré en Angleterre, dans ce même but, conclut que 70 % des appendicites aiguës peuvent être amenées *à froid* par l'expectation et être opérées après guérison.

Cette proportion de 60 % est celle des guérisons spontanées après crises sérieuses. Elle paraîtra peu élevée si on la compare à celles de Roux et de Jalaguier, la cause en est aux cas urgents, à ceux aggravés par une thérapeutique antérieure souvent déplorable, trop nombreux encore actuellement.

Il ne s'en suit nullement que les 40 % des cas qui restent soient justiciables d'une intervention d'urgence. Il faut compter avec un autre mode d'évolution de l'appendicite qui, s'il ne mène pas à la guérison complète et partant à l'opération *à froid*, est en somme une issue favorable, c'est la formation d'un abcès localisé. En nous basant sur les nombreuses observations que nous avons lues, et sur les statistiques qui nous sont parvenues, nous pouvons estimer à environ 25 % en moyenne des appendicites aiguës, celles qui évoluent dans ce sens. La proportion en est plus forte chez l'enfant que chez l'adulte.

Ce chiffre paraîtra faible, étant donnée l'habitude qu'on a de trouver du pus dans presque toutes les opérations à chaud:

c'est ainsi que Deaver, dans sa statistique de 1902, de 279 cas aigus opérés à leur entrée à l'hôpital, trouve un abcès dans 174 de ces cas, soit l'énorme proportion de 60 %.

Mais il faut tenir compte de ce que nombre d'abcès, petits ou à contenu peu septique, se résorbent, fait qui est admis depuis longtemps. La preuve en est dans ces foyers d'aspect fongueux ou crayeux qu'on découvre au cours d'opérations à froid et qui sont d'anciens abcès. Ainsi donc, un certain nombre d'abcès évoluent en silence et se résorbent, ce qui explique le pourcentage relativement peu élevé des collections à inciser.

On peut donc conclure hardiment, que *sur 100 cas d'appendicite aiguë, vus après le 2e jour et convenablement traités, 85 au moins tendront vers la guérison, soit par résolution spontanée, soit par formation d'un abcès limité* qui s'évacuera ou mieux qu'on évacuera, le plus vite possible.

La comparaison des statistiques des radicaux à celles des opportunistes d'une part, la tendance de la crise d'appendicite à guérir dans le plus grand nombre de cas, sont des arguments puissants en faveur de l'intervention raisonnée.

II. — CONDUITE DU CHIRURGIEN EN PRÉSENCE D'UN CAS PARTICULIER.

Si ces arguments tracent au chirurgien une ligne de conduite générale, ils ne lui indiquent nullement la manière dont il se comportera en présence d'un cas particulier.

C'est là le point capital, qui, il faut le dire, n'a pas été approfondi jusqu'ici comme il le méritait par tous les auteurs qui ont traité la question.

Les partisans de l'intervention immédiate ont dit que l'appendicite n'était pas une maladie cyclique ; qu'il était impossible par l'analyse clinique pure de prévoir l'issue d'un cas donné ; que, sous des dehors bénins, pouvaient évoluer des

lésions viscérales et humorales très graves, voire mortelles, à bref délai.

Que cela soit exact les deux premiers jours, il n'y a nul doute ; nous y avons suffisamment insisté au début de cette étude ; mais en est-il toujours de même le 3e jour, et surtout les jours suivants ?

Dans l'immense majorité des cas, si une thérapeutique intempestive n'a pas modifié de fond en comble l'aspect clinique de l'affection, on peut dire que ses symptômes, même s'ils étaient mal dessinés ou insidieux au début, s'affirment de plus en plus. A partir du 3e jour, les accidents brusques et graves, comme la perforation et la gangrène d'emblée, sont de moins en moins fréquents ; et, si même ils se produisent, moins à craindre qu'au début à cause des adhérences qui ont eu le temps de s'organiser et de limiter leurs effets. Enfin à ce moment peuvent apparaître des signes nets de localisation du processus inflammatoire.

Et alors deux cas peuvent se présenter : ou bien il y a *amélioration totale ou évidente* — et nous verrons comment il faut comprendre ces mots — *et alors on peut attendre ;* ou bien l'appendicite est *stationnaire ou progressive* sinon dans tous ses symptômes locaux et généraux, au moins dans l'un quelconque d'entre eux. Ce sont ces cas pour lesquels le problème se pose : *Sur quels éléments va-t-on se baser pour attendre ou opérer ?*

1° La notion de crises antérieures et du nombre de ces crises une grande importance pour beaucoup de chirurgiens ; c'est ainsi que le professeur Keen, de Philadelphie, nous écrit : « Dans tous les cas d'attaques multiples (2 ou +) l'opération doit être faite aussitôt le diagnostic posé. » Faisons remarquer que cet éminent chirurgien est opportuniste.

Il ne nous semble pas que cette notion ait pour les indications opératoires la valeur qu'elle a pour le diagnostic.

2° L'âge pourrait avoir une importance plus grande. L'appendicite est plus grave dans l'enfance. Elle est grave aussi à un âge avancé et, qui plus est, souvent insidieuse et torpide, malgré la gravité des lésions. La question de l'âge peut influer sur le pronostic d'un cas donné, mais à un degré secondaire.

3° **Le terrain** joue certainement un grand rôle. Il est avéré que, chez les obèses, les diathésiques d'une façon générale, la défense se fait mal. Il y a de plus intérêt dans quelques cas à ne pas laisser couver chez ces malades un foyer qui, si peu infectieux qu'il soit, pourra réveiller ou exalter un état morbide préexistant. Nous en avons eu la preuve il n'y a pas longtemps :

Il s'agissait d'une malade de 45 ans, obèse, entrée le 10 août à l'hôpital Necker pour crise d'appendicite grave ayant débuté 6 jours auparavant. A l'examen, facies péritonéal, ventre ballonné, arrêt des gaz depuis 4 jours, vomissements répétés, peu de douleur à la palpation, résistance généralisée. P. à 80/84. T. 37°. Urines 1 l. 400 avec traces d'albumine. Le chirurgien de garde appelé pensa à une occlusion intestinale par cancer et jugea le cas inopérable. Le lendemain, la malade avait : P. 90. T. 38°. Les urines plus rouges contenaient une quantité appréciable d'albumine.

Nous l'opérons nous-même dans la matinée du 11. A l'ouverture de l'abdomen, issue de sérosité abondante, couleur bouillon foncé, appendice libre, anses intestinales vascularisées un peu par places. Drainage.

L'appendice examiné était parsemé de plaques ecchymotiques. Le 13, la malade rendait des gaz, et son état s'améliorait, mais l'albuminurie allait en croissant. Le 25, elle avait du muguet buccal et pharyngien. Malgré la cicatrisation de la plaie, la malade mourait, le 5 septembre, d'urémie avec muguet, myosis, dyspnée *sine materia*.

A n'en pas douter, dans ce cas au moins, la temporisation, outre qu'elle n'était nullement indiquée par les symptômes, a permis l'atteinte rénale et finalement l'urémie.

4° L'intensité des phénomènes du début n'a pas une valeur de premier ordre. Nous avons vu combien les symptômes étaient trompeurs dans bien des cas à cette période de la maladie.

5° Le genre des lésions anatomiques aurait une grande importance si on pouvait le reconnaître de facon précise dans chaque cas. Le professeur Sonnenburg a bien montré, dans son rapport au Congrès de Bruxelles de 1902, qu'il était possible de diagnostiquer la gangrène et la perforation de l'appendice ; la première occasionnant des péritonites diffuses et la seconde des péritonites plutôt localisées. Mais nous avons vu au début que souvent la perforation est la conséquence de la gangrène. En outre, nous avons montré, d'une part, le grand nombre d'appendices gangrénés que l'on découvre à l'opération précoce, et, d'autre part, le grand nombre de crises d'appendicites graves qui se résolvent ou se terminent par une suppuration localisée. Il faut donc admettre que certains cas d'appendicites gangréneuses peuvent évoluer sans faire courir de très gros risques, si le malade se défend bien.

6° La forme anatomo-clinique, basée sur le « siège du foyer péritonitique » (Gaudin), a-t-elle l'importance qu'on lui a accordée ?

On a dit que le *type rétro-cæcal* par exemple est peu dangereux en vertu de la tendance qu'a le foyer de s'extérioriser du péritoine ; que le *type pelvien* n'est pas plus grave que la plupart des annexites aiguës (Gaudin) ; qu'on ne risque rien d'attendre dans le *type classique* qui a tendance à se localiser dans la fosse iliaque droite ; que le type *méso-cœliaque* enfin, malgré la gravité extrême des symptômes au début, se résout de lui-même au bout de 5 ou 6 jours. Du fait que ces

formes ont des caractères cliniques et une évolution différents, et ce d'une façon *très générale*, on ne peut guère tirer de conclusions pour un cas particulier, puisque l'on sait que deux facteurs dominent dans l'appendicite : la virulence de l'infection et la résistance locale et générale du terrain.

7° Les indications les plus importantes entre toutes, sont fournies par l'analyse minutieuse des symptômes observés. On a objecté nombre de fois que, même pendant la période d'état, les symptômes pouvaient être peu accusés, l'allure générale de la maladie insidieuse et torpide laissant le médecin dans la quiétude jusqu'au moment où éclatent des symptômes graves contre lesquels on ne peut plus rien. (L'observation de Gambetta, citée par Talamon, en est un exemple (1).

Nous répondrons à cela que, dans l'immense majorité des cas, à partir du 3e jour, le chirurgien peut établir sinon le bilan complet des lésions, du moins apprécier le degré d'infection de l'organisme, et en même temps les qualités de la défense locale et générale.

Ce sont ces notions qui lui permettront d'attendre ou le forceront à intervenir sans délai, notions que l'étude minutieuse et complète du malade donnera dans presque tous les cas.

Nous étudierons donc successivement les principaux symptômes de l'appendicite aiguë, en montrant les caractères qu'ils ont dans les cas qui tendent à la résolution, et la signification qu'ils acquièrent quand ils se modifient.

INDICATIONS FOURNIES PAR LA SÉMÉIOLOGIE.

1° Pouls

Bien plus que tous les autres symptômes, le pouls donne dans l'appendicite des indications précises.

1) Talamon, *loc. cit.*

L'accélération du pouls au début de la crise d'appendicite aiguë est un fait bien plus constant que l'hyperthermie. Il est *bien plus rapide chez l'enfant que chez l'adulte.*

1° Dans les crises de moyenne intensité, il varie de 90 à 100 chez l'adulte, de 110 à 120 chez l'enfant. Dans ces cas, il est *plein, ample, bien frappé* et *régulier*. Si la crise tend vers la résolution, dès le 3e jour le pouls se ralentit et son tracé baisse parallèlement à celui de la température. Nous avons souvent vu le pouls ne revenir à son taux normal qu'un ou plusieurs jours après la chute de la température.

2° Lorsque le pouls après le 2e jour demeure *rapide* (au-dessus de 120 chez l'adulte), *quoique ample, fort et régulier*, que la température est élevée (39° et au-dessus), en l'absence d'autres signes graves, *on peut attendre*, si on sent une tuméfaction localisée dans la fosse iliaque droite ; mais *on doit craindre la suppuration* et redoubler de vigilance.

3° Si l'on ne sent pas de tumeur et que, malgré 24 heures de repos et de diète, le pouls soit très rapide (au-dessus de 120), l'*intervention s'impose*.

4° Si, après être revenu à son taux normal et y être demeuré, le *pouls s'accélère brusquement* ou *progressivement* vers le 4e ou 5e jour, mais demeure *ample* et *fort ;* que la température s'élève en même temps; dans la plupart des cas, c'est que la suppuration s'établit.

Il nous a été cependant donné dans quelques cas de trouver le pouls normal ainsi que la température d'ailleurs, au cours d'appendicites avec abcès volumineux. — Dans un cas de ce genre il s'agissait d'une femme de 42 ans, entrée salle Foucher à l'hôpital Necker le 18e jour d'une crise qui paraissait avoir été sérieuse au début, avec fièvre intense, vomissements, douleur nettement localisée, mais qui n'avait duré que cinq jours environ. A l'examen, on constatait une voussure de 4 travers de doigts au-dessus de l'arcade de Fallope, rénitente à la palpation, mais peu douloureuse. Ventre complètement souple à gauche. — Emission de gaz et selles normale.

Température à 37°. Pouls à 66, plein, régulier. Opérée le lendemain, l'incision donnait issue à près d'un litre de pus fétide contenu dans une poche à paroi très épaisse. Elle continua à suppurer longtemps après, sans que ni le pouls ni la température en fussent influencés.

Ces cas sont à rapprocher de ceux dans lesquels, malgré le pus, on ne décèle pas de leucocytose. Il s'agit presque toujours de malades âgés et de collections suppurées anciennes.

5° Lorsque, en même temps que *rapide* (au-dessus de 120), le pouls est *petit*, *serré*, *dur*, il y a plus que de l'inflammation franche, il faut craindre des lésions très septiques, comme la gangrène de l'appendice ou la perforation, et *intervenir, même si l'état général paraît satisfaisant, surtout s'il n'y a pas de signes de localisation.*

Nous avons eu plusieurs fois la confirmation de cette interprétation.

Tout dernièrement encore, entrait à l'hôpital Necker une jeune femme de 28 ans au troisième jour d'une deuxième crise de moyenne intensité, traitée par le repos, la glace et l'opium dès le début. Elle ne présentait pas de symptômes alarmants. Température vaginale à 38°6. Peu de météorisme, douleurs spontanées, sourdes par moment irradiant à la hanche, un peu de psoïtis, douleur à la pression modérée au point de Mac Burney, résistance musculaire moyenne. Par la palpation on sentait très haut et très profondément un noyau induré, mal limité; constipation; mais elle ne se rappelait pas avoir rendu des gaz depuis la veille et *le pouls était à 130, petit, serré et dur.* Notre Maître Routier n'hésita pas à intervenir immédiatement. La cavité abdominale contenait un peu de liquide séreux, clair, ascitique d'aspect; l'appendice, ainsi qu'on l'avait prévu, était rétrocæcal, ascendant et interne, gros comme l'index, de couleur rouge-vineux, adhérent fortement au cæcum et à la paroi postérieure; sa muqueuse était totalement gangrénée, ses autres tuniques amincies par places et prêtes à crever.

6° *Lorsque, en même temps que le pouls s'accélère, sa tension diminue;* qu'il est *petit*, *mou*, *filiforme*, *incomptable*, en dehors naturellement d'état nauséeux ou de vomis-

sements, c'est signe que *la septicémie augmente. Il y a urgence.*

7° Il en est de même lorsque, à la rapidité, se joignent de l'*irrégularité du pouls, des intermittences*, de l'*instabilité*, qui le font varier facilement de 90 à 120 d'un moment à l'autre.

Dans tous ces cas l'*intervention d'urgence s'impose*, même en l'absence de tout autre symptôme. Mais il est bien rare qu'on ne retrouve pas d'autres symptômes de gravité.

2° Température.

La température dans l'appendicite aiguë ne semble pas, d'une façon générale, liée intimement au mode d'évolution de l'affection ; néanmoins, dans certains cas, elle peut avoir une certaine valeur en ce qui concerne l'indication opératoire. Par son association avec les autres phénomènes morbides, elle peut acquérir une valeur plus précise.

Les travaux classiques, d'autres recherches plus récentes, de Rotter (1), Herzog (2), Rostovtzew (3), Kummel (4), montrent que :

1° La fièvre, sans être constante, manque très rarement dans l'appendicite aiguë ; à peine dans 11 % des cas (Rotter).

2° Cette fièvre est peu durable. Elle baisse généralement vers le 3e jour de la crise aiguë.

Dans plus de la moitié des cas, elle ne persiste pas au delà du 1er septenaire, dans 31 % des cas, la fièvre ne cesse qu'au cours du 2e septenaire, dans 15 %, elle persiste pendant le 2e septenaire pour cesser au cours du 3e et dans 8,5 % à peine des cas elle atteint le 4e septenaire (Rostovtzew).

(1) Rotter (J). Ueber Perityphlitis. Berlin, 1896.
(2) Herzog, *Deutsch. Zeitschr. f. Ch.* 1897.
(3) Rostovtzew. Analyse in *Sem. Méd.* 1903.
(4) Kummel. Ueber récidivirende Perityphl, *Berlin. Klin. Woch.* avril 1898.

3° Ordinairement la température ne dépasse pas 39° ou 39° 5. Dans 7/10 des cas elle dépasse 39° 5 et dans 5 % des cas à peine elle dépasse 40° et atteint 41°.

Mais de l'existence même de l'hyperthermie, on ne peut nullement conclure à la gravité des lésions : à un début hyperpyrétique peut correspondre une crise qui rapidement tourne court ; et telle crise grave, mortelle même, peut débuter et évoluer sans fièvre.

L'intensité de la fièvre d'après Herzog a une valeur pronostique plus grande. De l'analyse de 189 observations, cet auteur conclut que la gravité du pronostic croît parallèlement à l'intensité de la fièvre.

Ainsi tandis que la mortalité, pour des cas d'appendicite dont la température ne dépassait pas 39°, était de 11, 5 % (service médical) et 35, 3 % (service chirurgical), cette mortalité pour les cas à température dépassant 40° s'élève à 36 % (service médical), et 75 % (service chirurgical).

De l'évolution surtout du tracé thermométrique on pourra tirer quelques notions indicatrices quant à l'intervention :

a) Nous savons que dans les crises à réaction péritonéale limitée, qui se terminent par résolution, la température, après s'être élevée brusquement, avec ou sans frisson préalable et s'être maintenue 2 ou 3 jours entre 38° et 39°5, avec un pouls rapide, mais fort et régulier, tend à s'abaisser en même temps que l'état général s'améliore et que les douleurs diminuent. De 5 à 6 jours après le début la température est revenue à la normale et s'y maintient définitivement.

Dans les appendicites dont la réaction péritonéale, tout en restant localisée, est plus intense, sans tendance à la résolution, la température mesure en quelque sorte l'intensité ou l'étendue de la réaction péritonéale.

En l'absence de phénomène de toxi-infection grave *on temporisera.*

b) Toutes les fois que, la température étant revenue à la normale, on constate, après quelques jours d'apyrexie, une recrudescence thermique, si cette poussée se maintient ou progresse, c'est qu'il se forme un abcès.

c) Si, après le 3e jour de la maladie, la température au lieu de tendre vers la normale, s'élève au contraire, et tend à s'élever les jours suivants, atteignant ou dépassant 39°; qu'elle persiste ou augmente au delà du 5e jour, on doit craindre l'extension du processus inflammatoire ou suppuratif et même sa généralisation (Rotter). Il en est de même :

1° Si, après une rémission légère, la température remonte progressivement à 39° et au-dessus;

2° Si, après une période d'apyrexie de quelques jours, on note une nouvelle ascension thermique;

3° Si la fièvre affecte le type rémittent. *L'intervention est indiquée dans ces cas, même si on est au 4e ou 5e jour.*

Nous n'insistons pas sur les cas où la fièvre prend le type hectique, indiquant nettement une suppuration abondante;

d) Si cependant la température, quoique ne baissant pas après les premiers jours, se maintient à un taux modéré, 38°-38°5, si l'état général est bon, le pouls en corrélation, le ventre souple et indolore partout ailleurs que dans la région cæcale, on peut en déduire que la péritonite est circonscrite et n'a aucune tendance à s'étendre, surtout si on perçoit le plastron; mais aussi qu'elle n'a pas non plus tendance à la résolution rapide. En pareil cas, on *pourra temporiser* et essayer d'atteindre le 9e ou le 10e jour. Si à ce moment cet état fébrile persiste toujours, il convient d'intervenir; car, selon toute probabilité, le pus est collecté. Attendre plus longtemps serait s'exposer à des complications.

e) Dans les appendicites avec péritonite diffuse, la température a une marche des plus irrégulières et ne donne que peu d'indications.

f) Dans les péritonites septiques suraiguës ou suppurées d'emblée, on voit souvent la température s'élever aux environs de 39° les 2 premiers jours, tomber brusquement à partir du 2e jour, parfois au-dessous de la moyenne.

On a noté également cette chute brusque de la température dans les péritonites généralisées produites par l'irruption d'un foyer purulent circonscrit.

g) Plusieurs auteurs ont signalé certaines particularités que peut présenter la température au cours de l'appendicite et qui, si elles étaient confirmées, pourraient être intéressantes au point de vue du pronostic et partant de l'indication opératoire. C'est ainsi que Schüle (1) a signalé une différence de 1° à 1°4 entre les températures axillaire et rectale dans un cas d'appendicite avec abcès, confirmant des observations analogues de Madelung et de Lenander qui ont vu l'écart atteindre 1°5, alors que l'on sait que dans les affections fébriles l'écart entre les deux températures ne dépasse pas 5 à 6 dixièmes.

D'autre part Rostovtzew (2) a observé, en prenant la température plusieurs fois dans les 24 heures, que la température maxima s'observe dans la soirée, à une heure d'autant plus avancée (9 ou 10 h.) que le cas est plus grave.

3° Dissociation de la température et du pouls

Tant que pouls et température suivent une marche parallèle, en l'absence de tout symptôme alarmant autre, *on peut attendre* et espérer une défervescence, même si le taux de ces deux symptômes était élevé.

a) *Si le pouls et la température, après s'être accrus parallèlement et progressivement les deux ou trois pre-*

(1) Schüle. *Munchen. medic. Wochenschr.*, mai 1903.
(2) Rostovtzew. *Wratch.* oct. 1903.

miers jours, se dissocient brusquement, la température tombant au voisinage de 37°, tandis que le pouls demeure rapide, au-dessus de 110-120, surtout si le pouls est petit, serré, dur, ou mou, filant, il faut *intervenir d'urgence, quel que soit le moment de la maladie, qu'il y ait ou non des signes de défense locale*. En effet, la dissociation du pouls et de la température indique une intoxication générale violente. S'il y a des signes de localisation, on doit supposer l'extension brusque ou la virulence plus grande du foyer. Si la localisation manque, il s'agira d'une appendicite gangréneuse ou perforante, avec péritonite diffuse. *L'accord est unanime à ce sujet.*

b) La dissociation peut exister dès le début et tandis que la fièvre demeure modérée (38°-38°5), on peut compter un pouls de 120 et au-dessus. C'est dans les formes torpides des gens âgés, chez les enfants quelquefois, qu'on observe ces faits. Il faut rechercher alors les autres caractères du pouls septicémique ; faiblesse, arythmie, etc., et, si on les retrouve, *opérer de suite.*

Ce défaut de parallélisme est souvent observé après l'opération, mais dure peu.

c) On peut observer quelquefois *la dissociation inverse*, c'est-à-dire température très élevée, avec pouls relativement peu rapide (100), mais surtout *bon*.

Ces cas ne paraissent pas avoir de signification mauvaise. Dans les quelques cas que nous avons pu observer, il s'agissait de jeunes femmes très nerveuses.

4° Leucocytose

C'est à Curschmann (1) que revient le mérite d'avoir montré la valeur de la leucocytose dans l'appendicite aiguë.

Ses intéressantes recherches furent confirmées par les tra-

(1) Curschmann. *Münch. med. Wochensch.*, nov. et déc. 1901.

vaux ultérieurs de Da Costa, Baumler, Kuttner, Schnitzler, Wassermann, Kuhn, etc. Le rapport du professeur Sonnenburg au Congrès de Bruxelles, où se trouvent consignées les recherches de son assistant Feddermann, une monographie de Cazin et Gros (1) et une communication de Cazin au 15e Congrès de chirurgie (1902) mettent au point cette question.

De l'analyse de ces travaux on peut tirer des conclusions très importantes.

a) *Au début de toute crise d'appendicite, qu'elle soit légère ou grave, il y a augmentation du nombre des leucocytes* (Curschmann).

b) Il n'y a pas, au début, de différence appréciable, au point de vue du taux leucocytaire, entre les cas qui vont se terminer par résolution et ceux qui vont évoluer vers la suppuration. Une seule numération faite au début d'une crise ne donnera donc aucun renseignement sérieux, même si on trouve un chiffre très élevé 20 à 25.000 par exemple. Il en est tout autrement si on a le soin de faire la numération plusieurs fois par jour, méthodiquement.

c) On peut dire cependant que, même au début, l'*augmentation des leucocytes est peu considérable dans les formes légères.* Le nombre des leucocytes varie alors entre 10.000 et 15.000, atteignant quelquefois 15.000 et 20.000, mais rarement plus de 25.000.

d) Si la crise doit se terminer par résolution, l'augmentation du début est passagère. Dès le lendemain ou le surlendemain, de 20.000 par exemple le nombre des leucocytes tombe à 12.000 et 10.000 et même à la normale (7.000 à 9.000).

e) Une *augmentation très élevée* du nombre des leucocytes dès le 1er jour (plus de 25. 000), *si elle se maintient* à ce

(1) Cazin et Gros, in *Sem. méd.*, 6 mai 1903.

taux les jours suivants ou *augmente, est signe de la gravité des lésions.*

f) L'absence de leucocytose (7/10.000), malgré des signes cliniques très graves, *est un signe de septicémie* (Sonnenburg). Au contraire, dans les cas de péritonite généralisée, une leucocytose élevée est un signe plutôt favorable (Kuttner).

g) L'augmentation constante et progressive du taux des leucocytes les jours suivants indique nettement la formation du pus et permet de distinguer les appendicites à exsudation séreuse de celles qui évoluent vers la formation d'abcès (malgré les signes cliniques).

h) Lorsque, au cours de la crise aiguë, le nombre des leucocytes, après avoir diminué, *augmente brusquement ou graduellement* sans grandes rémissions, *on peut affirmer qu'il se forme un abcès*, même si le pouls, la température et les signes physiques ne le décèlent pas.

i) Il peut n'y avoir aucune concordance entre la leucocytose et la température. Curschmann, Cazin, d'autres auteurs citent de nombreux cas où la leucocytose était le seul signe indiquant la présence de pus, contrôlé d'ailleurs par l'opération. Dans ces cas de discordance entre la température et la leucocytose, c'est de cette dernière qu'il faudra tenir compte en vue de l'intervention chirurgicale. D'après Sauerbruch (1) la leucocytose démontre souvent l'existence d'un abcès bien avant l'élévation thermique et doit être considérée comme un signe d'alarme.

j) L'absence d'une leucocytose élevée peut être notée alors qu'une suppuration existe; mais ce fait semble n'avoir été constaté que dans deux conditions dissemblables :

1° Dans certains cas de péritonites diffuses avec septicémies, et sidération des moyens de défense. Dans ces cas, on

(1) Sauerbruch. Klinische Beiträge zur Diagn. der eitrigen Perityphlitis. — *Corresp. Bl. d. allg. artzl. Vereins von Thuringen*, 1902.

peut voir le nombre des leucocytes tomber au-dessous de la normale (Rieder, Kühn, Kuttner, Coste, etc.).

2° Dans certains cas d'abcès enkystés anciens, limités par une coque fibreuse, épaisse, qui ne permet pas la résorption des toxines élaborées dans la cavité purulente.

Nous avons vu que, dans ces cas, observés fréquemment sur des malades âgés, le pouls et la température peuvent aussi ne donner aucune indication.

k) *La leucocytose a une valeur pronostique post-opératoire très importante.* Après l'évacuation opératoire du pus, le nombre des leucocytes diminue progressivement et atteint le taux normal, et même tombe au-dessous quelquefois de ce taux normal. *S'il ne diminue pas après l'opération*, ou s'il s'élève après une courte rémission, on peut conclure avec certitude, soit à une *production incessante de pus*, soit à l'existence d'une collection proche ou éloignée que n'a pas rencontrée l'incision, soit à des complications d'autre nature qui commandent pour leur part la leucocytose (Curschmann.)

En résumé, malgré les restrictions que nous avons signalées, la numération méthodique, faite plusieurs fois par jour, donne des renseignements de premier ordre. Si de l'absence de leucocytose on ne peut conclure à l'absence de suppuration, il n'en est pas moins établi, grâce à de très nombreuses constatations, que, *même en l'absence de tout autre symptôme, la leucocytose décèle la suppuration et l'extension de lésions suppuratives.* De ce chef le « signe de Curschmann » acquiert une valeur indicatrice grande quant à l'intervention.

5° Douleurs spontanées

La douleur marque généralement le début de la crise d'appendicite, sans qu'on puisse expliquer, d'ailleurs, les causes de son apparition si soudaine et de sa violence.

Elle peut être très violente, généralisée, syncopale, con-

tinue au début, ou, dans les cas insidieux, souvent sourde, à paroxysmes très espacés. Elle peut manquer tout à fait dans les formes de septicémie d'emblée, rares cependant.

Dans la majorité des cas, du deuxième au troisième jour, les douleurs spontanées, après s'être localisées dans la fosse illiaque droite, diminuent si on a mis le malade au repos, si on a évité les purgations répétées. Elles ne procèdent alors que par petites crises espacées de plus en plus, laissant entre elles un léger endolorissement de la région.

a) La persistance de douleurs localisées, mais violentes, continues ou paroxystiques après le deuxième jour, si le sujet n'a pas une sensibilité exaltée ou un nervosisme exagéré doit faire craindre la progression de l'inflammation.

b) Si, après le deuxième jour, les douleurs, au lieu de se localiser, dépassent la ligne médiane et siègent aussi à gauche, ou se généralisent avec irradiations diverses, il faut craindre la diffusion des lésions, sans cependant attacher une trop grande importance à ce signe s'il est seul.

c) La réapparition de douleurs localisées, violentes, lancinantes, après accalmie plus ou moins longue, doit faire penser à un abcès en voie de formation, surtout si elles ne cèdent pas à l'opium, ou ne cèdent que momentanément à la morphine.

d) Dans les formes progressives, la douleur, souvent sourde, continue, détermine un état nauséeux permanente et une dyspnée de douleur, qui cessent par les narcotiques.

En résumé, la douleur spontanée n'a que peu de valeur par elle-même au point de vue opératoire. De son absence on ne peut nullement conclure à la bénignité du cas. La réaction douloureuse est trop variable suivant les individus pour qu'on en puisse tenir grand compte.

6° Facies

Dans les crises de moyenne intensité, le facies change peu généralement. Au moment des fortes douleurs du début, pendant les périodes d'état nauséeux ou les vomissements, on note une expression d'angoisse ou de douleur. Nous avons rarement vu le facies vultueux qu'on observe dans d'autres pyrexies. Dès que commence la détente, la physionomie reprend son aspect ordinaire.

a) *L'altération rapide des traits* (en quelques heures quelquefois) est un symptôme de pronostic mauvais.

Que cette altération rapide des traits coïncide ou non avec d'autres symptômes d'intoxication : élévation de la température, dissociation du pouls, etc., ce signe *commande l'intervention.*

Nélaton, dans trois cas, en intervenant dès sa constatation, a trouvé, dans les trois cas, de la péritonite diffuse et ces trois cas guérirent (1). Dans les cas similaires où il n'est pas intervenu, il a vu ce signe précéder toujours l'issue fatale.

Les modifications du facies sont plus fréquemment observées dans l'enfance et l'adolescence que dans l'âge mûr.

b) *Une simple pâleur excessive chez une personne colorée d'habitude, un teint plombé, terreux,* survenant rapidement, surtout dans une forme à évolution insidieuse, *l'anxiété de la physionomie, du regard,* sont tous signes qu'il faut rechercher et qui ont une très grosse valeur.

c) Nous ne parlerons pas du facies péritonéal, aux yeux excavés, nez pincé, air angoissé, etc., qui, lorsqu'il est au complet, suffit à entraîner la décision opératoire.

d) Il en est de même de la teinte ictérique de la peau et du subictère conjonctival. La plupart des auteurs considèrent ce

(1) Nélaton. Disc. Soc. Chir., nov. 1902.

signe comme indiquant l'opération. Nous avons vu au premier chapitre de ce travail que notre Maître WALTHER considérait ces cas comme contre-indiquant au contraire l'intervention en raison de l'état très précaire des malades chez lesquels il avait observé ces symptômes dès les premiers jours.

Lorsque ces symptômes apparaissent sans autres signes d'insuffisance hépatique, ou au cours d'une suppuration localisée, les mêmes raisons n'existent plus et l'intervention ne doit pas, nous semble-t-il, être différée.

7° DOULEUR PROVOQUÉE

D'intensité et d'étendue variables, accompagnée ou non d'hyperesthésie cutanée, elle existe dans toute crise aiguë d'appendicite. Même dans les crises très légères, elle survit aux autres symptômes du début, de sorte qu'on la décèle presque toujours après le 2e jour et même beaucoup plus tard.

En général, si les lésions tendent à se localiser, la zone douloureuse à la pression commence à se restreindre souvent très tôt pour ne plus persister qu'en un point précis, au point de Mac Burney ordinairement, parfois un peu plus bas ou en dehors de celui-ci. Vers le 7e ou 8e jour en moyenne, ce point douloureux peut lui-même disparaître.

a) Si, le 3e jour ou les jours suivants, le malade étant convenablement soigné dès le début, la palpation réveille *la douleur non seulement dans la fosse iliaque droite, mais à gauche de la ligne médiane,* si cette douleur est nauséeuse, violente; si elle s'accompagne d'hyperesthésie cutanée, il faut craindre l'extension probable des lésions; *si en même temps on ne perçoit pas de plastron limité, il convient d'intervenir.*

b) « Dans tous les cas d'appendicite, nous écrit le professeur W. KEEN, un renseignement très important est donné par la pression sur la fosse iliaque gauche. Si on a affaire à

une appendicite à ses premiers stades, on peut exercer une pression assez forte sur le côté gauche, sans provoquer de douleur à droite; quand la maladie croît en gravité, il faut une pression de moins en moins forte du côté gauche pour provoquer la douleur à droite. Quand la péritonite se diffuse, la pression dans la fosse iliaque gauche produira de la douleur non seulement à droite, mais aussi à gauche, à l'endroit où on appuie. »

c) Un autre signe est le suivant : Dans le cas où la pression provoque de la douleur non seulement à droite, mais encore à gauche, si on maintient une pression forte avec un ou deux doigts au point de Mac Burney, la pression en dehors de ce point sera sinon indolore, du moins bien moins douloureuse.

On en déduira que l'inflammation est localisée. Si, malgré ce stratagème, la pression détermine une douleur aussi vive à une distance plus ou moins grande, il faudra craindre l'extension des lésions et en rechercher les autres signes.

d) L'absence de douleur provoquée même au siège classique, coïncidant avec des symptômes de septicémie, confirme leur gravité.

8° Résistance de la paroi abdominale

Pendant la phase de péritonisme du début dans les crises d'une certaine intensité, la palpation de toute la surface de l'abdomen déterminant de la douleur, on peut observer une contracture généralisée à tous les muscles de la paroi.

A mesure que les phénomènes bruyants régressent, la paroi abdominale retrouve sa souplesse de la fosse iliaque gauche vers la droite. Finalement, lorsque la localisation est faite, dès le 3e jour quelquefois, la palpation ne rencontre de la résistance qu'autour du siège classique et au niveau du grand droit droit. La résistance à la palpation suit donc une marche parallèle à celle de la douleur provoquée, dont elle partage la cause.

a) A partir du 5e jour, plus tôt ou plus tard quelquefois, une résistance musculaire très grande à la palpation, au-dessus du ligament de Poupart avec sensation de rénitence, indique ordinairement un foyer de suppuration qu'il faut évacuer.

b) La réapparition ou l'extension progressive ou brusque de la contracture après une accalmie d'une certaine durée a la même signification qu'une évolution identique de la douleur. Elle indique l'extension des lésions ou la reprise d'acuité du foyer inflammatoire.

Il y a aussi une question de sensibilité individuelle, de nervosisme, dont il faut tenir compte. Chez des femmes nerveuses, nous avons souvent vu, au cours de crises tout à fait anodines, un ventre de bois et de l'hyperesthésie cutanée persistant longtemps après la fin des symptômes aigus.

9° Tumeur ou plastron

Dans la majorité des cas d'appendicite aiguë, dès le 2e jour quelquefois, ordinairement après le 3e jour, on sent par la palpation au-dessus du ligament de Poupart, couchée parallèlement à celui-ci et s'étendant vers l'épine iliaque, une masse ovoïde, de dimensions variables, superficielle ou profonde, plus ou moins bien limitée.

C'est un empâtement diffus ou un véritable boudin.

A son niveau, la percussion révèle tantôt de la submatité, tantôt du tympanisme, rarement de la matité. Parfois cette masse soulève la paroi et à jour frisant on peut voir à son niveau une légère voussure. Elle est le siège de douleurs modérées au début.

a) *La constatation de ce plastron a une très grande valeur car il indique la localisation de la péritonite;* loin de commander l'intervention, comme on le voulait il y a

quelques années, *sa constatation est au contraire en faveur de la temporisation*, surtout si, en même temps que l'apparition du plastron, on note un apaisement des symptômes locaux et généraux.

b) Par contre *l'absence de tuméfaction* dans la fosse iliaque, après le 3e jour, si on ne note pas en même temps une rétrocession de *tous* les symptômes autres, est un facteur de gravité. Mais pour affirmer l'absence de ce « signe de localisation », il faut avoir examiné très complètement le malade. Il faut le palper, les jambes légèrement fléchies et très doucement, pour éviter la contraction musculaire ; chercher très profondément, le foyer pouvant être rétro-cæcal ; pratiquer dans tous les cas le toucher rectal et le toucher vaginal qui permettent parfois de sentir une induration plus ou moins haut située.

c) Si, vers le 5e ou 6e jour, le plastron augmente ou devient le siège de douleurs lancinantes, et si en même temps il y a recrudescence des autres symptômes, on peut affirmer qu'il y a du pus. Il convient d'opérer le plus vite possible.

Roux, de Lausanne (1), a indiqué un autre moyen de diagnostiquer le pus, qui ne l'aurait jamais trompé. « Si, dit-il, le cæcum étant démontré vide de matières fécales, soit par l'existence de selles spontanées, soit à la suite de purgatifs ou de lavements, on constate au niveau de cette partie du gros intestin une sensation de résistance mollasse, comparable à celle que donnerait un cylindre de carton très mou, trempé dans l'eau chaude, on peut garantir qu'il y a du pus.

Jalaguier (2) dit n'avoir pas retrouvé ce signe.

Dans tous les cas, la leucocytose permet, bien avant ces signes, de dépister la suppuration.

(1) Roux. *Revue médicale de la Suisse Romande*, mai 1890.
(2) Jalaguier, Traité de chirurgie Duplay et Reclus. Art. Appendicite.

10° Vomissements

Toute crise même légère peut comprendre des vomissements dans son tableau. Ces vomissements, dans les crises moyennes, sont espacés (1 à 3 dans les 24 heures) alimentaires ou bilieux. Ils cessent ordinairement dès les premiers jours. Souvent les vomissements font défaut et à leur place il n'y a eu que des nausées, encore que celles-ci même puissent manquer.

a) *Des vomissements répétés, persistant après le 3e jour de la crise*, malgré le repos, la diète, traduisent une *irritation péritonéale progressive.*

b) Coïncidant avec le ballonnement du ventre et l'arrêt des gaz, les vomissements répétés indiquent la *diffusion de la péritonite.*

c) Lorsque, après un certain temps de repos et de diète, les symptômes locaux et généraux s'étant calmés, les vomissements reparaissent, il faut chercher les autres symptômes qui, comme l'altération des traits, la dissociation du pouls et de la température, contresigneront la diffusion des lésions péritonéales *et opérer.*

d) Lorsque les vomissements prennent une couleur noirâtre analogue à celle d'une infusion de café, par exemple, ils indiquent la septicémie : *il y a urgence.*

Il en est de même quand il y a vomissements incoercibles.

e) Il faut attacher de l'importance également à l'état nauséeux permanent, qu'on peut observer souvent lié à des douleurs sourdes, généralisées, et à l'altération des traits. Nous avons observé des formes torpides, au cours desquelles ces symptômes se détachaient seuls du tableau général vague et indécis et qui cependant correspondaient à des lésions étendues et graves.

11° Arrêt des gaz

Symptôme commun au début, l'arrêt des gaz cesse généralement dès que la phase de péritonisme du début se calme.

L'émission des gaz est un des premiers signes d'apaisement; mais le moment où elle redevient possible est des plus variables.

L'arrêt persistant des gaz n'acquiert de valeur que tant qu'il s'ajoute à d'autres symptômes inquiétants. Notre Maître Routier y attache cependant une importance très grande.

12° Diarrhée

Alors que la constipation est un phénomène constant qui dure très longtemps, et n'a par conséquent aucune signification, la diarrhée est un symptôme à pronostic sévère. *Les appendicites avec diarrhée dès le début sont presque toujours des appendicites graves.* Presque toujours, dans ces cas, la diarrhée est abondante, les selles répétées.

Plus grave encore de signification est la perte involontaire des matières, fréquemment observée dans les formes avec septicémie. Cependant, d'après Barling (1), de Birmingham, on observerait fréquemment de la diarrhée même abondante au cours d'appendicites pelviennes, qui serait occasionnée par l'inflammation de la muqueuse rectale (proctite de voisinage). Dans ces cas, la diarrhée serait de moins mauvais pronostic.

13° Symptomes urinaires

Comme au cours des pyrexies en général, les urines sont rares, rouges, sédimenteuses les premiers jours de la crise, rarement albumineuses. Dès le début de la période d'état, dans les crises moyennes, l'urination est normale.

(1) Gilbert Barling, *British medical Journal*, 1903.

Lorsque les phénomènes inflammatoires persistent ou s'étendent après le 3e ou le 4e jour, surtout dans les formes pelviennes, on note souvent de la dysurie ou de l'oligurie. Parfois il s'agit simplement de paresse vésicale et on es obligé de recourir au sondage.

L'anurie vraie est un symptôme très grave qui commande l'intervention d'urgence. On l'observe surtout dans les formes toxiques d'emblée et les péritonites diffuses.

14° Symptômes divers

On a signalé divers symptômes qui, dans les cas particuliers où ils avaient été observés, avaient eu une signification pronostique sérieuse ou grave.

Agitation, anxiété, angoisse respiratoire sine materia, refroidissement, cyanose des extrémités, hoquet persistant, obnubilation intellectuelle, sensation de bien-être, engourdissement des extrémités, etc., ont été signalés au cours de crises aiguës; mais en général ces signes venaient en complément d'un complexus symptômatique déjà fort sérieux.

Nous devons mentionner la *sécheresse de la langue*, symptôme très grave, mais rarement isolé.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes nets de péritonite purulente ou septique, qui, lorsqu'ils se trouvent réunis, ne laissent place à aucune hésitation.

DÉDUCTIONS

De cette analyse sommaire il résulte que, pour pouvoir en tirer profit, c'est surtout dans leur évolution qu'il faut suivre les symptômes. Or deux cas peuvent se présenter, suivant que le malade a été bien ou mal soigné antérieurement.

1° Le malade a reçu des soins rationnels dès le début de la crise :

Alors l'interrogatoire, joint à l'examen minutieux du

malade, permettent au chirurgien d'attribuer aux symptômes qu'il observe toute leur valeur, et partant de juger de la tendance de la crise aiguë.

a) Si dans leur *totalité* les symptômes locaux et généraux sont en voie de régression; si une tumeur limitée, peu douloureuse, affirme par sa présence la localisation et la défense locale suffisantes; si la leucocytose n'est pas élevée (10.000); il n'y a pas de raison pour ne pas continuer un traitement qui a si bien réussi.

b) Si *avec un plastron net, limité*, d'autres symptômes, la température élevée, le pouls rapide, une leucocytose marquée (12/15000), des douleurs spontanées, une contracture musculaire forte à droite, le point de Mac Burney très douloureux, l'arrêt des gaz, etc., indiquaient la *persistance d'une inflammation vive encore, mais localisée*, en l'absence de symptômes d'alarme, on peut tenter le refroidissement en redoublant de vigilance. Si, au bout de 24 heures, de 36 heures au maximum, il n'y a aucune tendance à l'amélioration *il faut intervenir*.

c) Si au moment de l'examen on constatait des signes nets *d'extension du foyer, cependant localisé auparavant*, que ces symptômes soient apparus depuis peu, après un temps d'accalmie, *on ne peut temporiser* que si l'un quelconque des signes d'intolérance générale ne se montre pas en même temps.

Dans la plupart de ces cas, souvent dus à un écart de régime, on peut voir, dès le lendemain, l'amélioration se faire.

Si, au bout de 12 heures, l'état demeure le même et à plus forte raison s'il s'aggrave, même légèrement, que la zone d'inflammation péritonéale s'élargisse, il faut opérer de suite, sans attendre plus.

d) Si, après s'être amendée, la fièvre reparaît, le pouls s'accélère, la leucocytose augmente; si le plastron devient le siège de douleurs vives, lancinantes, si en même temps il

perd sa netteté pour sembler empâté, si la douleur à la pression s'étend, surtout si le malade a eu des frissons et *présente des signes de suppuration* du foyer, *il faut intervenir* le plus vite possible et ne pas compter sur la résorption du pus en raison des complications à distance qui peuvent en résulter.

e) Si, malgré l'examen le plus minutieux, on ne constate pas de plastron ni superficiel ni profond (toucher rectal et vaginal) et à moins que la crise ne paraisse *tout à fait* bénigne dans son ensemble, la temporisation est dangereuse.

A plus forte raison, si, *en l'absence du plastron, on notait une persistance des phénomènes infectieux* (fièvre, pouls, leucocytose) ou péritonéaux (arrêt des gaz, sensibilité et défense étendues, météorisme, vomissements ou état nauséeux).

Dans ce cas, étant donné que nous avons supposé que le traitement avait été bien conduit dès le début, il n'y a pas de raisons pour attendre plus longtemps.

f) Qu'il y ait ou non des signes de localisation que dans son allure générale la crise paraisse même bénigne (crises insidieuses torpides, d'apparence subaiguë), dès qu'on constate à un moment donné, d'emblée ou au cours de la temporisation, l'un quelconque des signes suivants :

Température progressive dépassant 40° sans rémission accusée ;

Pouls au-dessus de 120, petit, serré, dur ou mou, filant, irrégulier ou instable ;

Dissociation du pouls et de la température ;

Taux leucocytaire en croissance progressive (+ de 25.000) ;

Vomissements répétés, brunâtres ;

Altération rapide du facies ;

Douleurs brusquement réveillées et généralisées, tant spontanées que provoquées, et s'accompagnant ou non de défense musculaire à gauche ;

Sécheresse de la langue ;

Diarrhée abondante et involontaire ;

Suppression de la diurèse (malgré injections sous-cutanées de sérum de Hayem);

Signes de complications à distance, etc.

On devra intervenir de suite, car nous avons vu que ces signes étaient d'un pronostic grave, qu'ils témoignaient de l'intolérance de l'organisme vis-à-vis des produits toxi-infectieux émis par le foyer d'appendicite, plus ou moins étendu.

2° Le malade a subi une thérapeutique contrariante (purgations répétées, alimentation, défaut d'immobilisation, etc.).

Dans ce cas, les renseignements fournis par l'examen sont moins significatifs, l'allure clinique de la crise pouvant être déformée, exaltée.

a) Si le début de la crise remonte à peu de jours, 3-4 par exemple, si l'on n'observe aucun des *phénomènes d'alarme;* même si la crise paraît grave, on peut temporiser quelques heures et souvent on constate rapidement une amélioration qui engage à continuer l'expectation.

En un mot, on pourra tenter le refroidissement, même en présence d'un tableau clinique effrayant; un complexus symptomatique si bruyant étant quelquefois le fait du péritonisme exalté par les soins irrationnels, plutôt que le fait d'une péritonite étendue.

Dans ces cas, nous avons souvent vu les signes de défense s'accuser assez vite, nettement, qui se seraient montrés plus tôt si on ne les avait pas contrariés.

b) Souvent aussi, il faut le dire, les malades mal soignés dès le début se présentent dans un état épouvantable, en pleine péritonite généralisée, avec des complications viscérales graves par elles-mêmes, dans l'adynamie, l'hecticité ou la cachexie infectieuse.

Nous avons vu au début de ce travail que de tout temps les chirurgiens ont été d'accord pour intervenir dans ces cas.

Lorsque la péritonite généralisée n'est pas trop ancienne,

elle peut guérir. Dans une statistique du professeur Sprengel (1), nous relevons 44 °/₀ de mortalité par l'opération et 70 °/₀ par le traitement purement médical.

Le chirurgien ne s'abstiendra que lorsqu'il aura la conviction *nette* qu'une opération achèverait le malade.

En résumé, à partir du 3e jour, l'intervention est urgente :

1° Toutes les fois qu'il y a persistance ou progression des symptômes d'infection générale et des signes d'inflammation péritonéale, sans qu'en même temps on décèle des signes de limitation du foyer abdominal (*tumeur localisée*).

2° Toutes les fois que, même s'il y avait limitation du foyer, on constate des symptômes annonçant la recrudescence ou l'extension de ce foyer ;

3° Toutes les fois que, même dans les crises modérées d'apparence, un ou plusieurs *signes d'alarme* trahissent l'intolérance de l'organisme ;

4° Toutes les fois que, au niveau d'un foyer même nettement circonscrit, apparaîtront des signes de suppuration.

Dans tous les autres cas, le chirurgien temporisera, quitte à reprendre le bistouri au cours même *du refroidissement*, si l'une quelconque des éventualités ci-haut prévues venait à se produire.

(1) Sprengel. *Congrès allem. de chir.*, 1902.

III. — CONDUITE A TENIR PENDANT LA TEMPORISATION

Pendant l'expectation, le rôle du chirurgien n'est nullement passif, au contraire. En plus de la surveillance étroite qui lui incombe, il doit tout mettre en œuvre pour favoriser la défense de l'organisme et combattre les symptômes trop gênants.

a) *La première condition à remplir est d'immobiliser le malades au lit* et surtout, dit Roux, ne jamais le transporter sous prétexte d'opération possible.

b) Au début, il faut *interdire complètement l'ingestion même de liquides ab ore.* Lorsque tout état nauséeux a disparu depuis six heures, on peut faire prendre toutes les demi-heures une cuillerée à soupe d'eau qu'on supprimera à la moindre nausée.

Le professeur Sprengel nous écrit qu'il ordonne toutes les 4 heures 100 gr. d'eau en lavement. Ochsner et beaucoup de chirurgiens ont adopté cette manière de faire.

Nos Maîtres donnent la préférence, dans les cas de soif ardente, à des injections dans le tissu cellulaire (fesse, cuisse ou paroi abdominale) de sérum de Hayem à raison d'un litre ou un litre et demi par jour en plusieurs fois. Par ce moyen, on active la diurèse et partant la dépuration.

c) Contre les vomissements répétés, le lavage de l'estomac est souvent d'un grand secours. Ochsner emploie ce moyen d'une façon systématique et en fait la base de sa méthode de temporisation.

d) La plupart des chirurgiens *proscrivent d'une manière absolue les purgatifs, quels qu'ils soient.* Cela est judicieux au début d'une crise, pendant la période alarmante, et maintes fois nous avons eu l'occasion de constater les méfaits des pur-

gations violentes et répétées ; la plupart des cas désespérés ou très graves que nous avons observés étaient ceux qui avaient été les plus copieusement purgés. Mais en est-il de même lorsque, les symptômes s'étant localisés et apaisés, la constipation demeure opiniâtre ? Pendant notre séjour à Berlin, nous avons vu dans le service du professeur Sonnenburg, à l'hôpital de Moabit, les malades en voie de refroidissement, prendre de l'huile de ricin à faible dose, régulièrement, sans qu'il en soit jamais résulté le moindre ennui. Dans le service de notre maître Routier, tous les malades atteints d'appendicite, sauf naturellement les cas d'urgence, sont purgés la veille de l'opération ; nous n'en n'avons jamais observé d'inconvénients.

Bourgeois, de Lausanne (1), dit n'avoir jamais observé depuis dix ans, soit à l'hôpital, soit dans sa clientèle, les accidents que les chirurgiens signalent. Robin, Lucas-Championnière, Témoin (de Bourges) ne craignent pas non plus la purgation.

Nous demeurons convaincu de leur nocivité au début d'une crise.

e) Contre le météorisme excessif, on emploiera avantageusement la glace en permanence, mais, pour en tirer un bénéfice quelconque, il faut au moins trois vessies ordinaires recouvrant tout l'abdomen. Plusieurs auteurs, se basant sur les expériences de Land Brinton, ont accusé la glace d'augmenter la température intérieure de l'abdomen.

Le plus souvent nous avons vu l'application de glace sur le ventre, gênante au début par son poids, apporter un soulagement parfois complet. La glace est maintenue au moins quatre ou cinq jours, en un mot tant que durent les symptômes abdominaux.

On facilitera l'émission des gaz par l'emploi de la sonde rectale de Roux.

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 1901.

f) Contre les douleurs vives, les opiacés sont tout indiqués. Ils calment la douleur et diminuent l'activité péristaltique de l'intestin.

On a accusé l'opium d'augmenter la constipation qui a le plus souvent préparé la crise (Bourget, Championnière, etc.), de masquer par le calme qu'il apporte la gravité de l'état, etc. Pendant deux ans, nous avons vu donner dans le service de notre Maître Walther de l'extrait d'opium en pilules à la dose de 1 centigr. toutes les 3 ou 4 heures, sans observer pareils inconvénients.

Contre des douleurs très violentes, la morphine agit plus rapidement.

Dans la majorité des cas, grâce à un traitement rigoureusement conduit, on peut voir dès le lendemain quelquefois, une amélioration se produire. Si cette amélioration progresse, que tout danger ait disparu, on augmentera peu à peu la dose de boisson, et plus tard, on fera intervenir le lait.

La reprise de l'alimentation solide n'aura lieu que lorsque l'amélioration sera complète et persistante. Il faudra toutefois éviter les gros écarts de régime.

Des lavements d'abord, des laxatifs légers ensuite, achèveront la guérison.

Dans la moyenne des cas que nous avons observés, la guérison complète est obtenue en 3 à 4 semaines de traitement.

Il va de soi que si, au cours de la temporisation, on ne constatait aucune amélioration, ou si, après une amélioration de plus ou moins longue durée, on constatait une reprise d'acuité, il faudrait intervenir.

Nous avons suffisamment étudié les diverses éventualités pour n'avoir pas y revenir ici.

QUAND PEUT-ON OPÉRER A FROID ?

Le professeur Roux nous écrit : « 4 semaines depuis que le malade est déclaré guéri ou mieux, depuis qu'on ne sent plus rien. »

Le professeur Keen « juge un cas prêt pour l'opération à froid, quand la sensibilité a disparu de la fosse iliaque droite et que le pouls et la température sont à la normale, le pouls surtout ».

Le professeur Sonnenburg dit textuellement : « Quant à l'opération à froid, la question de savoir si l'on doit attendre le refroidissement complet ou non n'a pas grande valeur à mon avis. On fera toujours mieux d'attendre, si c'est possible, que toute tumeur ait disparu et que la sensibilité à la pression soit nulle ; mais même s'il restait un petit foyer enflammé, l'opération pourrait se faire sans danger (1). »

Le professeur Jonnesco, de Bucarest, dit : « En somme, je ne demande pas au traitement médical le refroidissement complet de l'appendicite. « Le moment propice pour la cessation du traitement médical et l'intervention chirurgicale est alors que l'appendicite est dans sa période dite tiède (quand les phénomènes péritonéaux du début ont disparu et que je suis resté en présence d'une péritonite localisée) et je vois avec surprise certains chirurgiens prétendre que l'opération à cette époque est aussi grave que l'intervention immédiate.... (2). »

De l'avis de notre Maître Walther, il y a avantage à attendre le plus possible la guérison complète de la crise aiguë. A moins qu'on n'y soit forcé ; il convient donc d'opérer lorsque, depuis une semaine au moins, on ne constate aucun symptôme, si faible qu'il soit, qui dénote la présence d'un foyer

(1) Sonnenburg, Rapport au Congrès de Bruxelles, 1902.

(2) Jonnesco, *Bullet. et mém. de la Société de chirurgie* de Bucarest, mai-juin 1903.

encore en activité. Dans la moyenne des cas, c'est donc un mois environ après le début qu'on pourra opérer *à froid*. Il est des cas très légers qui sont à froid dès le 9e jour (coliques de l'appendice ou appendicites subaiguës). D'autres au contraire nécessitent une expectation de plus de deux mois.

IV. — QUELQUES POINTS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE

a) Doit-on, lorsqu'on intervient *à chaud* d'emblée ou au cours du refroidissement pour suppuration localisée, rechercher et enlever de parti pris l'appendice sans égard à l'extension et au caractère des adhérences?

Les différentes réponses reçues à ce sujet sont assez contradictoires. Mais la majorité des chirurgiens est d'avis de faire une recherche raisonnable, de ne pas prolonger ces recherches (Keen), d'éviter les manœuvres exagérées (Cecchelli), de se contenter en somme de mettre à jour le foyer, de le nettoyer, le laver (notre Maître Routier est partisan du lavage à l'eau oxygénée faible qui lui a donné d'excellents résultats) et le drainer largement. Si l'appendice est à portée du doigt, on le résèque évidemment, sinon, si on juge que sa recherche sera longue ou difficile, mieux vaut le laisser.

b) A quelle incision doit-on donner la préférence dans les interventions à chaud ?

Il nous serait impossible, sans donner à ce chapitre un développement énorme, de mentionner l'opinion de la plupart des chirurgiens.

Quand il y a du pus *collecté*, l'incision la meilleure est, semble-t-il, celle qui permet le drainage déclive, l'incision de Roux dans la plupart des cas.

Quand il n'y a pas de collection nette, fluctuante, et qu'on intervient à chaud, l'incision sur le bord du droit et le passage à travers la gaîne du muscle (récliné en dedans) que notre Maître Routier emploie *toujours*, depuis 1895 (avant les descriptions de Jalaguier, Kammerer, 1897), est particulièrement avantageuse par la facilité avec laquelle on découvre l'appendice et partant la rapidité de l'acte opératoire. Nous avons pu nous en rendre compte par nous-même, et

nous convaincre aussi en suivant les malades que, même après drainage prolongé, la proportion de hernies de la paroi n'était pas fréquente, pas plus fréquente, dit notre Maître Routier, qu'après n'importe quel procédé.

L'indication quand on opère à *chaud* est d'aller vite et d'enlever autant que possible l'appendice. L'incision sur le bord du droit semble répondre à ces *desiderata*.

Le professeur Mayo Robson nous écrit : « L'incision que je préfère se pratique le long du bord externe du droit, dans tous les cas où il est possible qu'il soit survenu de la suppuration, et où la toilette du péritoine pourrait être nécessaire. « Cela peut se faire sans diviser aucun muscle et sans avoir à craindre d'éventration ultérieure. »

Il y a là contradiction avec l'avis de nombreux chirurgiens qui rejettent absolument cette incision toutes les fois qu'ils soupçonnent du pus.

Les résultats de notre Maître Routier, que nous avons été à même d'apprécier, nous forcent à mieux considérer cette voie d'abord.

Dans l'opération à froid, l'incision de Jalaguier est adoptée par la plupart des chirurgiens.

CONCLUSIONS

1° L'appendicite aiguë est une affection chirurgicale.

2° Pendant la crise aiguë, il y a deux périodes dans les limites desquelles l'intervention chirurgicale est la plus avantageuse :

a) Au début ; *période d'opérabilité précoce*, qui s'étend jusqu'à la 36e heure (au plus tard jusqu'à la 48e heure du début des accidents).

b) Après le 9e jour ; *période d'abcès*, ou parfois début de la *période d'opérabilité à froid*.

3° Il est difficile (sauf dans les cas ou foudroyants d'emblée, ou tout à fait bénins) d'établir, dans tous les cas, un pronostic, d'une façon certaine, dans les deux premiers jours d'une crise aiguë.

4° La gangrène et la perforation de l'appendice sont des accidents fréquents ; mais ils sont exceptionnels avant la 20e heure, surtout fréquents le 2e jour.

5° Jusqu'à la 36e heure, dans l'immense majorité des cas, l'appendice peut être considéré comme libre d'adhérences ou de toute autre lésion pouvant gêner son extirpation.

6° L'opération précoce, c'est-à-dire dans les 36 premières

heures (au plus tard dans les 48 heures), est la méthode de traitement idéale. Préventive, radicale et facile, elle doit être appliquée à tous les cas dont le diagnostic est nettement établi.

7° Après le 2e jour, pendant la période d'état, l'opération systématique et immédiate donne une proportion de décès deux fois plus grande environ que l'opération raisonnée et pratiquée en temps opportun.

8° Les statistiques montrent que 60 % au moins des appendicites aiguës sérieuses sont susceptibles, si on ne les contrarie pas dans leur évolution, de guérir spontanément et d'être opérées *à froid*.

9° En présence d'un cas d'appendicite aiguë ayant franchi la limite d'opérabilité précoce, le chirurgien n'aura à intervenir que pour les cas d'urgence absolue.

Pour tous les autres, il essaiera d'atteindre la période d'opérabilité à froid, pendant laquelle la mortalité opératoire est théoriquement nulle.

10° Le traitement pendant la période d'attente variera suivant les indications. L'exclusion des purgatifs au début, la diète absolue et surtout l'immobilisation en seront la base.

11° Si, au bout de 24 heures de ce traitement, tous les symptômes, au lieu de s'amender, persistaient ou s'accroissaient, si, à plus forte raison, on constatait l'un quelconque des signes d'alarme, il convient d'intervenir immédiatement.

12° On peut considérer un cas opérable à froid lorsque, depuis une semaine au moins, les phénomènes fébriles, la douleur et la tumeur ont disparu. Dans les crises très bénignes, cette rétrocession complète des phénomènes morbides peut se faire avant le neuvième jour. Dans les cas de moyenne intensité il faut compter un mois environ; mais mieux vaut opérer le plus tard possible après la crise.

13° Toutes les fois qu'on est obligé d'intervenir d'urgence, soit d'emblée, soit au cours de l'expectation, on réduira l'acte opératoire au minimum, quitte à réopérer à froid ultérieurement.

Vu : *le Doyen*,
DEBOVE.

Vu : *le Président de Thèse*,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos 7

Esquisse historique 9

Division 16

I. — L'Opération précoce 18

I. — Etude anatomopathologique 18
II. — Etude clinique 25
III. — Taux et causes de la mortalité dans les opérations précoces. 28
IV. — Objections et contre-indications 36

Observations 40

II. — Indications thérapeutiques quand la période d'opérabilité précoce est périmée 74

I. — Notions générales 74
I. — Arguments statistiques 74
1° Résultats de l'intervention immédiate 75
2° Résultats de l'intervention raisonnée 76
II. — Arguments tirés de l'évolution de l'appendicite 82

II. — Conduite du chirurgien en présence d'un cas particulier .. 84
Indications fournies par la sémiologie 88

1° Pouls, 88. — 2° Température, 91. — 3° Dissociation de la température et du pouls, 94. — 4° Leucocytose, 95. — 5° Douleurs spontanées, 98. — 6° Facies, 100. — 7° Douleur provoquée, 101. — 8° Résistance de la paroi abdominale, 102. — 9° Tumeur ou plastron, 103. — 10° Vomissements, 105. — 11° Arrêt des gaz, 106. — 12° Diarrhée, 106. — 13° Symptômes urinaires, 106. — 14° Symptômes divers, 107. — 15° Déductions, 107.

III. — Conduite à tenir pendant la temporisation 112

IV. — Quand peut-on opérer à froid ? 115

V. — Quelques points de Technique opératoire 117

Conclusions 119

Poitiers. — Impr. Blais et Roy, 7, rue Victor-Hugo

Date Due

L. B. CAT NO. 1157

OSLR
ROBE

W
4
P232p
1903-1904
t.30

1971741